

PERISKOP

104

APR 2022

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.



Seltene Erkrankungen, Takeda und der rote Kranich

Rund fünf Prozent der Weltbevölkerung leiden an einer sogenannten „Seltene Erkrankung“.¹



BEZAHLTE ANZEIGE

Über 50 Prozent aller Seltene Erkrankungen beginnen in der Kindheit. In Österreich leben etwa 400.000 Betroffene.² Rund 7.000 Seltene Erkrankungen sind bekannt^{1,2}, aber nur für fünf Prozent davon gibt es eine Therapie.³ Wenn es um Seltene Erkrankungen geht, stehen den Betroffenen somit oftmals nur wenige oder gar keine Therapieoptionen zur Verfügung. Aufgrund der Seltenheit einzelner Krankheitsbilder sind Betroffene und

ihre Angehörigen häufig mit besonderen Problemlagen konfrontiert, wie einem besonders langen Weg zur Diagnose. Takeda ist spezialisiert auf innovative Medikamente zur Behandlung Seltener Erkrankungen. Seit 70 Jahren produzieren wir in Österreich eine Vielzahl von Medikamenten, um die Lebensqualität der Betroffenen nachhaltig zu verbessern. Bereits bei der Entwicklung neuer Arzneimittel berücksichtigen wir alle Lebensaspekte

von Menschen mit Seltene Erkrankungen. Der Kranich steht für ein gesundes und glückliches Leben. In der Kunst des Origami werden Kraniche gefaltet, um Hoffnungen und Wünsche zu erfüllen. Der rote Kranich symbolisiert Takedas Engagement für Seltene Erkrankungen. Er landet an verschiedenen Plätzen in Österreich und soll auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Seltene Erkrankungen aufmerksam machen.



Referenzen

- 1 Global Genes. RARE Diseases: Facts and Statistics. Verfügbar unter: <https://globalgenes.org/rare-disease-facts>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- 2 Dachverband Pro Rare Austria. Verfügbar unter: <https://www.prorare-austria.org/mitglieder/ueber-seltene-erkrankungen>. Letzter Zugriff: Februar 2022.
- 3 MIYAMOTO, B. E., KAKKIS E. D. (2011). The potential investment impact of improved access to accelerated approval on the development of treatments for low prevalence rare diseases. Orphanet J Rare Dis. 6:49.

PERISKOP

104

APR 2022

Standpunkte.
Dialog.
Konsens.

Die neutrale
Plattform
zum offenen
Meinungs-
austausch.

Allgemein-
medizin
attraktiveren
Susanne Rabady
Richard Brodnig

Mikrobiom-
forschung zur
Darmgesundheit
Anita Frauwallner

Rasch auf
Long COVID
reagieren
Andreas Huss

Wissenschaftlicher
Austausch und seriöse
Informationsquelle

Interview mit Beatrix Volc-Platzer



8

P

PEOPLE

Diabetes – Bewusstsein stärken und Früherkennung vorantreiben

Mit Beginn des Jahres 2022 hat Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi die zweijährige Periode seiner Präsidentschaft in der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, der ÖDG, angetreten. Mit PERISKOP sprach er über diabetesbezogene Brennpunktthemen, über die Forderungen der ÖDG an die Gesundheitspolitik und über die Chancen, die sich durch zukunftsweisende Strategien ergeben können. Im Fokus: Bewusstseinsbildung, Diabetes-Früherkennung und Versorgungsoptimierung betroffener Patientinnen sowie Patienten.

- 6 Nicht die schnellste, sondern die überprüfte Information zählt
- 8 Diabetes: Bewusstsein stärken und Früherkennung vorantreiben
- 10 Musikmedizin als neues Forschungsfeld
- 11 Erste Meilensteine erreicht – weitere Optimierungsziele gesteckt
- 12 Medizin und Ökonomie sind kein Widerspruch

Impressum

Medieninhaber Welldone Werbung und PR GmbH
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at

Herausgeber PERI Consulting GmbH, Mag. Hanns Kratzer
Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien

Redaktionsanschrift Lazarettgasse 19/OG 4, 1090 Wien
Tel. 01/402 13 41-0, Fax: DW-18, E-Mail: redaktion@periskop.at

Chefredakteur Robert Riedl

Leitung Periskop Erika Stickl

Autorinnen und Autoren Univ.-Prof. Dr. Stefaie Auer, Dr. Juliane Bogner-Strauß, Rainald Edel, MBA, Mag. Miriam Eder, Mag. Renate Haiden, MSc., Michael Haitzinger, Bernhard Hattinger, BA, Dr. Eva Höltl, Ulrike Holzer, Mag. Beate Krapfenbauer, Christian Lenoble, Dr. Andreas Stippler, MBA, Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner, MSc., Lisa Türk, BA, Wolfgang Wagner, Mag. Julia Wolkerstorfer

Foto Cover Richard Tanzer

Design Andrea Zimmer

Lektorat Mag. Sylvia Schlacher, Lisa Türk, BA

Druck Bösmüller Print Management GesmbH & Co. KG

Auflage 6.000 | Erscheinungsweise: 6x jährlich | Einzelpreis: Euro 30,00

Die Zeitschrift und alle darin enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autorin oder des Autors und nicht der Redaktion wieder. Blattlinie: Informationen aus dem Gesundheits-, Pharma- und Wellnessbereich sowie aus der Gesundheitspolitik.



18

P

PERFORMANCE

Mit der Kraft des Immunsystems Krebs besiegen

Die Immuntherapie revolutioniert die Krebsbehandlung und erhöht die Überlebensrate bei vielen Karzinomen. PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Manuela Schmidinger, der Leiterin der Nierenzellkarzinomambulanz am AKH-Wien, über die Auswirkungen dieser Therapieformen im klinischen Alltag und die Möglichkeiten des weiteren Ausbaus der klinischen Forschung in Österreich.

- 14 Europa – gemeinsam gegen den Krebs
- 16 Hirngesundheit – eine Trias aus Entstigmatisierung, Prävention und Früherkennung
- 18 Mit der Kraft des Immunsystems Krebs besiegen



20

P

PIONIERS

Pandemie als erster Streich

LEAD Horizon hat seit Jänner 2021 mit den PCR-Tests auf SARS-CoV-2-Infektionen im Rahmen des „Alles gurgelt“-Programms in Wien für Schlagzeilen gesorgt. Zentraler Bestandteil ist die digitale Abwicklung. Doch die COVID-19-Pandemie soll nur der erste Streich sein. Man arbeitet bereits an PCR- und anderen Tests im Bereich verschiedener Volkskrankheiten, erklärte Angela Hengsberger, Prokuristin des Unternehmens.

- 22 Kolumne »Priority« von Wolfgang Wagner
- 23 Patientensicherheit dank Lufthygiene
- 24 Auf das richtige Team setzen

© CLODI, MIRIAM REITER, LUDWIG SCHEDL



26

P

PLATTFORMEN

COVID-19-Pandemie – Herausforderung für die Medizinuniversitäten

Beim diesjährigen internationalen Symposium „Forum Medizin 21“ der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg zum Thema „Universitäre Medizin in der COVID-19-Pandemie“ haben namhafte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler die vergangenen zwei Jahre Pandemie analysiert, den Umgang damit bewertet und einen Blick in die Zukunft gewagt.

- 27 Kolumne »Kluge Muskeln« von Andreas Stippler
- 28 Programm PRAEVENIRE Gesundheitstage 2022
- 30 Neues Selbstverständnis für die Allgemeinmedizin
- 32 Kolumne »Braincoach« von Stefanie Auer
- 32 Kolumne »Public Health« von Eva Höltl
- 33 Was bringt die Osteopathie?



36

P

POLITIK

Von der Pandemie zum Normalbetrieb

Lebensbegleitendes Lernen ist längst kein Credo, das nur der Bildungspolitik vorbehalten ist. Gerade im Gesundheitswesen hat man in den vergangenen zwei Jahren deutliche Optimierungspotenziale wahrgenommen, was die Lernfähigkeit des Systems betrifft. Wo sich jetzt „Dranbleiben“ lohnt, wurde bei einem PRAEVENIRE Expert Talk in St. Pölten diskutiert.

- 34 Reha-Optimierung: früh und treffsicher
- 36 Von der Pandemie zum Normalbetrieb
- 38 Pflege 2030 – Das „Delta“ zwischen Bedarf und Personal
- 40 Kolumne »Gesunde Zukunft« von Juliane Bogner-Strauß
- 41 Jetzt in die Gesundheit der Menschen investieren

© WILDBILD, LUDWIG SCHEDL, MIRIAM KANZAL, MARTIN HÖRMANNINGER



44

P

PORTFOLIO

Alles, was Recht ist

Von der Digitalisierungsoffensive in der Gesundheitsbranche über zahlreiche neue Aspekte bei datenschutz- und compliancerelevanten Themen bis hin zu verschärften Markteintrittsbedingungen für Pharma- und HealthCare-Produkte – die PERI Group bietet ihren Kundinnen und Kunden optimalen Support, wenn es um juristische Unterstützung mit Erfahrung und Fingerspitzengefühl geht. DDr. Karina Hellbert, LL.M., und Mag. Marian Maybach, unterstützen das PERI-Leistungsgesamt in diesem Bereich.

- 42 PRAEVENIRE Präsident Schelling: Jetzt liegt es am Willen der Gesundheitspolitik, die Handlungsempfehlungen umzusetzen!
- 43 Fünf Jahre Wiedereingliederungsteilzeit
- 44 Alles, was Recht ist
- 46 Medizin dezentral und zentral



48

P

PRÄGNANT

Unsere Agenda: verlässliche Information nahe am Menschen

In den letzten beiden von der Pandemie geprägten Jahren sahen sich auch die Medienhäuser mit schwierigen Aufgaben konfrontiert. Dazu zählte unter anderem, einer teils wissenschaftsskeptischen Öffentlichkeit medizinisches Fach- und Expertenwissen verständlich zu vermitteln. Zudem mussten Qualitätsmedien einerseits seriösen, gut recherchierten Inhalt bieten und andererseits das Bedürfnis der Menschen nach schnellen, vertrauenswürdigen Inhalten gerecht werden, erklärt Markus Mair, Vorstandsvorsitzender der Styria Media Group AG im PERISKOP Interview.

- 50 Österreich bei Whistleblowing-Gesetz säumig
- 51 Kolumne »Thinktank Gesundheit« von Rudolf Taschner
- 51 Kolumne »360° Blick« von Ulrike Holzer
- 52 Hygiene in Gefahr
- 54 Über die Aufgaben, Ziele und Herausforderungen klinischer Studien

www.nephrologie-update.at

SAVE THE DATE
10.–11. Juni 2022

CONGRESS SCHLADMING SOWIE ONLINE

Jetzt anmelden unter office@perigroup.at

13 dfp PUNKTE FÜR DIESEN MONAT

SCANNEN & ANMELDEN

PRAEVENIRE SUMMER SCHOOL

Initiative „Wissenschaft für die Jugend“

PRAEVENIRE GESUNDHEITSFORUM
für eine lebendige Zukunft

PRAEVENIRE SUMMER SCHOOL
22.–24. JUNI 2022

STIFTSGYMNASIUM DER BENEDIKTINER
IM STIFT SEITENSTETTEN

Nicht die schnellste, sondern die überprüfte Information zählt

Seit ihrer Gründung beschäftigt sich die Gesellschaft der Ärzte in Wien mit den brennenden sowie **AKTUELLEN PROBLEMEN DER MEDIZIN UND DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG DER BEVÖLKERUNG**. Im PERISKOP-Interview schildert deren Präsidentin Univ.-Prof. Dr. Beatrix Volc-Platzer, weshalb die Traditionsgesellschaft nach wie vor am Puls der Zeit ist und welchen wichtigen Beitrag sie als Anker für seriöse Wissenschaftsvermittlung in der Informationsgesellschaft der Gegenwart leistet. | von Rainald Edel, MBA

Alte Institutionen gelten schnell als antiquiert und verstaubt. Nicht so die Gesellschaft der Ärzte in Wien, die sich unter ihrer Präsidentin im medizinischen wie im kommunikativen Bereich innovativ und „up to date“ präsentiert.

PERISKOP: Welche Ziele und Aufgaben hat diese ehrwürdige Institution?

VOLC-PLATZER: Die Gesellschaft der Ärzte in Wien wurde 1837 gegründet, um Ärzten die Möglichkeit zu bieten, sich über die neuesten medizinischen Informationen auszutauschen und einander bei der Bewältigung medizinischer Probleme helfen zu können. Das betraf damals vor allem Seuchen wie Cholera und Typhus. In der Gesellschaft waren neben den in Wien tätigen praktischen Ärzten auch die Leibärzte des Kaiserhofes sowie die Professoren der Universität vertreten. In die Zeit von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zu dessen Ende fallen viele bahnbrechende Entdeckungen und Entwicklungen in der Medizin. Bis dahin unbekannt und nicht verstandene Krankheitsbilder wurden erstmals beschrieben und wirksame Behandlungsmethoden entdeckt. Diesen rasanten Zuwachs des medizinischen Wissens einem großen Kollegenkreis zugänglich zu machen, war eine zentrale Säule der Gesellschaft der Ärzte. Auch die Vorstellung von Patientinnen und Patienten, die sogenannten Fallbesprechungen, die heutigen „clinical rounds“, gab es schon damals. Beide Elemente sind bis heute erhalten geblieben — nur die Mittel und Medien wurden den jeweiligen Möglichkeiten der Zeit angepasst.

Von Beginn an tauschte man sich über wissenschaftliche Publikationen aus. Dafür wurde am Sitz der Gesellschaft, dem Billrothhaus im neunten Bezirk in Wien, eine große medizinische Bibliothek errichtet. Die Bücher stammen zum Teil aus dem Besitz der Mitglieder, aber auch medizinische Zeitschriften wurden von Beginn an abonniert — beispielsweise gibt es „The Lancet“ schon seit der ersten Ausgabe [1823 Anm.]. Mehr als heute hatte die Gesellschaft der Ärzte eine gesundheitspolitische Bedeutung, deren Mitglieder wurden oft um Rat gefragt. So war die Gesellschaft auch maßgeblich am Bau der ersten Wiener Hochquellwasserleitung beteiligt — als Maßnahme zur Bekämpfung der Cholera. Aus dem Kreis der Mitglieder sind insgesamt vier Nobelpreisträger hervorgegangen: Robert Bárány — für seine Forschungen am Gleichgewichtsorgan, Karl Landsteiner — mit der Entdeckung der Blutgruppen, Julius



Wagner-Jauregg — für die Erforschung der Malariaerapie sowie Otto Loewi — für die Entdeckungen bei der chemischen Übertragung der Nervenimpulse.

Welche ursprünglichen Ziele und Aufgaben sind noch heute aktuell?

Die sachliche Information und die gegenseitige Fortbildung aber auch der Beitrag zur fachlichen Ausbildung der jüngeren Kolleginnen und Kollegen sind nach wie vor aktuell. Letzterer Punkt hat sich sogar noch verstärkt, da es spezielle Ausbildungsangebote für Jungmedizinerinnen und -mediziner gibt. Die Mitgliedschaft in der Gesellschaft der Ärzte ist nach wie vor freiwillig. Neben der ordentlichen Mitgliedschaft gibt es noch fördernde und unterstützende Mitgliedsformen, die auch Laien beziehungsweise Organisationen zugänglich sind.

Beatrix Volc-Platzer wurde 2020 zur ersten Präsidentin der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt



Persönlich ist Ihnen die Förderung von Frauen immer ein wichtiges Anliegen gewesen. Wie wichtig ist es für Ärztinnen und Jungmedizinerinnen, dass Sie nach 183 Jahren 2020 zur ersten Präsidentin der Gesellschaft der Ärzte in Wien gewählt wurden?

Es ist immer wichtig, dass Frauen Führungspositionen innehaben. Wir sind Role Models für die Jüngeren — mit allen Vor- und Nachteilen. Eine Führungsrolle ist ja nicht nur mit Glanz und Glorie verbunden, sondern bringt auch viele Pflichten mit sich. Eine solche Führungsrolle ist sehr zeitintensiv. Man kann jedoch vorzeigen, dass Frauen die Anliegen der medizinischen Wissenschaft mindestens ebenso gut wie die männlichen Kollegen vertreten können. Abgesehen davon spiegelt es auch die Realität wider, dass nämlich zunehmend Frauen in den Gesundheitsberufen tätig sind.

© RICHARD TANZER

In Ihrer Präsidentschaft haben Sie die Gesellschaft der Ärzte in Wien maßgeblich geprägt. Was waren bislang die größten Meilensteine, die Sie erreichen konnten?

Die Coronapandemie hat sich zu einem Treiber entwickelt, durch den auch bei uns in der Gesellschaft im Billrothhaus Änderungen notwendig geworden sind. Neben einer Straffung der Organisation, einer schärferen Profilierung der Funktionen der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mussten wir die Technik für digitale Fortbildung und Videokonferenzen umrüsten. Finanziell haben wir ebenfalls eine Neuordnung vorgenommen, da wir in den vergangenen Jahren viele für das Haus wichtige Investitionen tätigen mussten. Trotz Denkmalschutz ist es uns beispielsweise gelungen, einen Aufzug einzubauen und so barrierefrei zugänglich zu werden. Die Arbeiten im Keller des Hauses für die neue U-Bahn-Linie haben wir genutzt, um unser Archiv mit einem modernen Kompaktregalsystem auszustatten — eine Investition, die notwendig war, da wir neben dem alten Bücherbestand auch neue Literatur und Journale lagern müssen. Weitere Meilensteine waren der Einbau einer Klimaanlage sowie die Renovierung der Fenster. Zusätzlich haben wir begonnen, unser Programm zu straffen und interdisziplinärer auszugestalten. Wir haben neue Formate konzipiert — zum Beispiel mit Abenden unter dem Motto „learning from the wise“ oder „meet your experts“ — bei denen erfahrene Kolleginnen und Kollegen ihr Wissen an jüngere Kolleginnen und Kollegen weitergeben. Ebenso neu im Programm sind interdisziplinäre Fallvorstellungen, „case challenges“ — bei denen die Teilnehmenden in das Lösen eines klinischen Falles mit eingebunden sind. Das ist nicht nur spannend, sondern auch mit einem enormen Wissensgewinn verbunden.

Welche Pläne zur Weiterentwicklung haben Sie?

Hier gibt es mehrere Stoßrichtungen. Im Bereich der Weiterentwicklung des Fortbildungsprogramms versuchen wir den Wiener Gesundheitsverbund als Kooperationspartner wieder zu gewinnen. Das Fortbildungsprogramm haben wir bereits auf eine Zusammenarbeit ausgerichtet, um ein breites Angebot für die unterschiedlichen Aus- und Fortbildungsbedürfnisse der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte anzubieten. Neben medizinischer Aus- und Fortbildung sollen auch nicht-medizinische Angebote zu juristischen Themen, Managementproblemen etc. geschaffen werden. Auch der Ausbau unserer Videothek zum Nachsehen und Nachhören von Veranstaltungen, Vorträgen, Diskussionen ist ein Thema. Nach der COVID-19-Zwangspause versuchen wir, wieder mehr Veranstaltungen ins Billrothhaus zu bekommen — wobei neben den Veranstaltungen vor Ort auch Onlineformate zum Einsatz kommen. Gemeinsam mit dem Verein PRAEVENIRE stellen wir Überlegungen an, das Haus zudem als Ort zu positionieren, an dem Laien Zugang zu seriöser medizinischer Information bekommen und medizinische Wissensvermittlung zur Steigerung der Gesundheitskompetenz stattfindet.

In den Zielen besteht eine enge Überschneidung mit den Vorhaben des Vereins PRAEVENIRE und der neuen Initiative „Wissenschaft für die Menschen“. Was kann man gemeinsam besser?

Ich glaube, wir können Synergien schaffen. Quer durch alle Gespräche und Sitzungen der Gesellschaft zieht sich der Wunsch, komplexe medizinische Themen in eine leicht verständ-

liche Form zu bringen und den Menschen anzubieten. Hierbei kann uns die Erfahrung des Vereins PRAEVENIRE helfen, geeignete Zugänge zur Bevölkerung zu finden. Ein Beispiel, bei dem Wissen und Erfahrung beider Organisationen aktuell gefragt sind, wäre das Thema Immunologie. Denn ein immunologisches Grundverständnis ist aktuell einfach wichtig, um die Entwicklungen der COVID-19-Pandemie zu verstehen.

Die Pandemie hat eine zunehmende Wissenschafts- und Medizinskepsis in einem Teil der Bevölkerung zutage gebracht. Wie kann man dieser Tendenz gegensteuern und welchen Beitrag kann die Gesellschaft der Ärzte in Wien dabei leisten?

Die Gesellschaft der Ärzte in Wien steht für seriöse Wissenschafts- und Wissensvermittlung. Die Skepsis ist auch ein Ergebnis der von Social-Media-Meldungen und Schlagzeilen dominierten Welt. Informationen zu überprüfen und die nötige Zeit dafür aufzuwenden, ist schwer — noch dazu, wenn man unter Erfolgsdruck steht. Wir können dieser Schnellebigkeit nur ein wenig Entschleunigung entgegensetzen und eine Ankerfunktion einnehmen, indem wir solides evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung stellen. Sowohl den jungen Kolleginnen und Kollegen als auch allen anderen Menschen, die sich interessieren, müssen wir zeigen, dass nicht die schnellste, sondern die überprüfte Information zählt. Ich sehe es als unsere Verpflichtung, für all jene Menschen, die keinen Zugang zu medizinischer Literatur haben, seriöse Informationen zu generieren, zu lesen und zu überprüfen.

Nur wenigen ist bekannt, dass es rund um das AKH-Wien zum Thema Medizingeschichte eine „Museumsmeile“ gibt. Welche Institutionen nehmen daran teil und was gibt es zu sehen und zu erleben?

Neben dem Josephinum mit der Sammlung der historischen Wachsmodele, dem sogenannten Narrenturm mit der pathologisch-anatomischen Sammlung, gehören auch das Sigmund Freud Museum und das Museum im Viktor Frankl Zentrum zur Museumsmeile der Medi-

zin. Die fünfte Organisation im Bunde ist dabei die Gesellschaft der Ärzte in Wien mit dem Billrothhaus — wobei unser Schwergewicht dabei die Bibliothek und die darin enthaltenen historischen Bücher darstellt.

Interessant ist auch der Festsaal im Billrothhaus, da hier berühmte Persönlichkeiten der Medizin ihre Erkenntnisse der Kollegenschaft präsentiert haben, etwa Sigmund Freud seine Traumdeutung oder Karl Landsteiner die Blutgruppen. Umringt ist der Zuschauerbereich von Büsten, die die Gründerväter der Gesellschaft und weitere bedeutende Mediziner aus Wien darstellen. Dieser Kreis soll nun erweitert werden, wobei sich der Verein PRAEVENIRE bereit erklärt hat, zwei Büsten zu stiften. Eine davon ist Dora Brücke-Teley, eine Gynäkologin und Urologin, die das erste weibliche Mitglied der Gesellschaft der Ärzte in Wien war. Brücke-Teley hat sich zeit lebens für die Frauen eingesetzt, auf sie geht auch die Einführung des Mutterschutzes zurück.

Sie haben sich beruflich dem Thema Kinderdermatologie verschrieben und im Jahr 2012 das Karl Landsteiner Institut für Kinderdermatologie gegründet. Wo liegen die Unterschiede zur Erwachsenen Dermatologie?

Es gibt fast 3.000 dermatologische Krankheitsbilder, wobei manche nur bei Kindern auftreten oder nur im Kindesalter harmlos sind, und welche, die nur bei Erwachsenen zu finden sind. Hier braucht es das Wissen und die Erfahrung, um das Hautbild eines Kindes richtig einschätzen zu können. Kinderdermatologie unterscheidet sich auch in den Abläufen deutlich von der Behandlung Erwachsener. Nicht nur, dass die kleine Patientin, der kleine Patient in Begleitung einer Bezugsperson kommt, auch die Untersuchung und die Erklärungen dauern mitunter länger. International hat die Spezialisierung auf die Kinderdermatologie in den 1980er-Jahren begonnen. Da aufgrund des internationalen Trends zu weniger Spitalsaufenthalten von Kindern die Hautabteilungen auf den Pädiatrien geschlossen wurden, braucht es Ausbildungsstätten wie das Karl Landsteiner Institut für Kinderdermatologie, um junge Medizinerinnen und Mediziner in diesem Fachgebiet entsprechend zu schulen. 

Der Schnellebigkeit der Schlagzeilen, Social-Media-Meldungen sowie der Wissenschaftskepsis können wir nur solides evidenzbasiertes Wissen entgegenstellen.



Diabetes: Bewusstsein stärken und Früherkennung vorantreiben

Mit Beginn des Jahres 2022 hat Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi die zweijährige Periode seiner Präsidentschaft in der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) angetreten. Mit PERISKOP sprach er über diabetesbezogene Brennpunktheimen, über die **FORDERUNGEN DER ÖDG AN DIE GESUNDHEITSPOLITIK** und über die Chancen, die sich durch zukunftsweisende Strategien ergeben können. Im Fokus: Bewusstseinsbildung, Diabetes-Früherkennung und Versorgungsoptimierung betroffener Patientinnen und Patienten. | von Lisa Türk, BA

Abgesehen von den individuellen Einzelschicksalen, gehen die weltweit zunehmenden Diabeteserkrankungen mit enormen gesamtgesellschaftlichen, volkswirtschaftlichen und gesundheitssystemischen Zusatzbelastungen einher. Schätzungen zufolge sind österreichweit etwa 800.000 Menschen von Diabetes betroffen — Prädiabetikerinnen und -diabetiker noch nicht mit einberechnet. Laut aktueller Prognosen ist von einer weiteren rapiden Zunahme der Betroffenenzahlen auszugehen — sofern der aktuelle Trend nicht gestoppt wird.

PERISKOP: Die derzeitigen Entwicklungen verdeutlichen einen akuten Handlungsbedarf im Bereich der Diabeteserkrankungen. Welche Schwerpunkte plant die ÖDG in diesem Kontext zu setzen bzw. weiterzuführen?

Clodi: Zunächst ist es von zentraler Bedeutung, die Wahrnehmung der schädigenden Effekte der Hyperglykämie in den Fokus zu rücken — nicht nur bei Patientinnen und Patienten, sondern auch bei Kolleginnen und Kollegen. Im Sinne des Patientenwohls ist es entscheidend, die HbA1c-Werte, also die Durchschnittsblutzuckerwerte, möglichst niedrig und Komplikationen hinten zu halten. Ebenso wesentlich ist das Vorantreiben der Bestimmung des HbA1c-Wertes, einer langjährigen Forderung der ÖDG, die im letzten Jahr endlich seitens Österreichischer Gesundheitskasse (ÖGK) umgesetzt wurde. Neben diesen beiden Aspekten ist es zudem entscheidend, die Barrieren in der Verschreibung vieler Diabetesmedikamente herabzusetzen oder gänzlich fallen zu lassen. Wenn jemand von Diabetes oder Prädiabetes betroffen ist, sollte die Möglichkeit der Gabe antidiabetischer Medikamente nicht von diversen Grenzwerten abhängig sein. Im Vordergrund steht das Bestreben, die Blutzuckersituation einer Patientin, eines Patienten nicht in den pathophysiologischen Bereich entgleiten zu lassen.

Diabetes ist weltweit zu einer Zivilisationskrankheit geworden. Aus einer internationalen Perspektive betrachtet — welche Gründe hat diese Entwicklung?

Diese Tendenzen lassen sich anhand publizierter Daten der amerikanischen Gesundheitsbehörde illustrieren. Davon ausgehend ist die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 in den vergangenen 20 Jahren um 50 Prozent gestiegen, im Konkreten von 9,9 auf 14,9 Prozent der Gesamtbevölkerung in den USA. Hier spielen mehrere Faktoren eine Rolle. Betont sei zunächst, dass einer Diabeteserkrankung eine starke genetische Komponente zugrunde liegt. Hat ein Elternteil Diabetes, so besteht für das Kind eine 40-prozentige Wahrscheinlichkeit, ebenfalls daran zu erkranken. Sind beide Elternteile betroffen, liegt die Wahrscheinlichkeit für den Nachwuchs bei 70 Prozent. Neben den weiteren Hauptrisikoparametern — das sind Gewichtszunahme und Bewegungsmangel — sind auch überalternde Gesellschaften ein wesentlicher Aspekt.

Wir müssen die Wahrnehmung der toxischen Effekte eines erhöhten Glukosespiegels in den Fokus rücken — bei Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten.

Martin Clodi

Mit insgesamt 140.000 Geburten war 1963 in Österreich das geburtenstärkste Jahr, fünf bis zehn Jahre danach lag die Geburtenrate nur noch bei 80.000 — bis einschließlich heute. Die Babyboomer-Generation ist heute 58 oder 59, in zehn Jahren 68 oder 69 Jahre alt. An dieser Stelle möchte ich erneut einen Vergleich mit den USA anführen, deren geburtenstärkste Jahrgänge etwa fünf Jahre

früher als in Österreich zu verzeichnen sind. Anhand amerikanischer Daten wird nun ersichtlich, dass 29,5 Prozent aller Personen über 65 an Diabetes mellitus Typ 2 leiden. Im Vergleich dazu: Über 45 Jahren liegt der Prozentsatz bei 18,5 Prozent. Das sind — auch versorgungstechnisch und gesundheitssystemisch betrachtet — dramatische Zahlen und Entwicklungen, die auch auf Österreich, das den USA zeitlich ein paar Jahre hinten nach ist, zukommen.

Sie haben es bereits eingangs angesprochen — was verbirgt sich hinter dem Begriff der Glukosetoxizität und was bedeutet er für das Verständnis der diversen Begleit- und Folgeerkrankungen?

Mit dem Begriff der Toxizität ist immer etwas Schädigendes assoziiert — im Falle von Diabetes gilt die erhöhte Glukose als direkt schädigendes, toxisches Agens für viele Zellen, Zellorganellen und Organe im menschlichen Körper. Das bedeutet nicht, dass jede Patientin und jeder Patient, die oder der länger erhöhte Glukosewerte hat, automatisch Schäden entwickelt. Hier greifen viele Faktoren ineinander — das beginnt bei der Genetik, geht über die Ernährung und reicht bis hin zur Bewegung. Fakt ist allerdings, dass eine kontinuierliche Glukoseerhöhung toxisch sein kann und diese Glukosetoxizität daher zu vermeiden ist. Es geht darum, die Patientinnen und Patienten mit Diabetes weg vom pathophysiologischen in einen physiologischen Bereich des Glukosestoffwechsels, das bedeutet in einen normalen HbA1c-Bereich, zu bringen. Darauf muss der Fokus liegen.

Sie haben auch die Leitung der Abteilung für Innere Medizin am Konventhospital der Barmherzigen Brüder in Linz inne. Im Rahmen einer Studie haben Sie untersucht, wie viele der dort aufgenommenen Patientinnen und Patienten, die nicht wegen Diabetes aufgenommen wurden,



davon auch betroffen waren/sind. Was haben Ihre Analysen ergeben?

Über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg haben wir im Zuge aller internen stationären Aufnahmen den HbA1c-Wert der Patientinnen und Patienten bestimmt — eine Standardvorgehensweise, die meines Erachtens in jedem Krankenhaus, jedem niedergelassenen Labor erfolgen sollte. Wir haben festgestellt, dass bei 25 Prozent der Patientinnen und Patienten ein Diabetes mellitus Typ 2 bereits bekannt war, die Erkrankung bei 2 Prozent im Zuge unseres Screening frisch diagnostiziert wurde, dass bei 7 Prozent bereits ein Prädiabetes bekannt war und dass bei 11 Prozent die Diagnose Prädiabetes manifest wurde. Insgesamt hatten wir es also innerhalb der drei Monate bei über 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit (Prä-)Diabeteserkrankungen zu tun. In diesem Kontext sei auch erwähnt, dass 50 Prozent aller Patientinnen, Patienten mit einem akuten oder subakuten Myokardinfarkt an einer Glukosestoffwechselstörung leiden, bei Patientinnen, Patienten mit Herzinsuffizienz sind es 80 Prozent, bei Personen, die von einem Schlaganfall betroffen waren, 30 bis 70 Prozent. Bei 30 Prozent der Dialysepatientinnen und -patienten geht der Dialyse ein Diabetes oder Prädiabetes voraus. Die Ergebnisse unserer Analysen bestätigen demnach erneut die toxische Wirkung der Glukose.

Die ÖDG hat im vergangenen Jahr die PRAEVENIRE Initiative Diabetes 2030 unterstützt. Die zentrale Forderung nach einer flächendeckenden Kostenübernahme der HbA1c-Wert-Bestimmung durch die ÖGK wurde bereits erreicht. Was braucht es, um diesen Erfolg im Sinne einer optimalen Diabetesversorgung nun verwerten zu können?

Hier sind zwei wesentliche Schritte zu nennen. Zum einen geht es darum, die Bedeutung der nun gegebenen Möglichkeit einer routinemäßigen HbA1c-Wert-Messung publik zu machen und die Wahrnehmung in puncto Risiken, die mit Diabetes einhergehen, zu stärken — bei allen Gesundheitsberufsgruppen, die mit Diabetes in Berührung kommen.

Martin Clodi ist Präsident der ÖDG und Leiter der Abteilung für Innere Medizin am Konventhospital der Barmherzigen Brüder in Linz.

Clodi plädiert für eine Stärkung der multiprofessionellen Betreuung Diabeteskranker.

Zum anderen geht es darum, die zahlreichen Patientinnen und Patienten, die im Rahmen dieser neuen Möglichkeit eine frische Diagnose erhalten, optimal in ein (Langzeit-) Betreuungsetting, bestehend aus medizinischer Unterstützung, Hilfe bei Lebensstilmodifikationen, aus Bewegungstherapien und Optionen zur Gewichtsreduktion, einzugliedern. Alles in allem wird die flächendeckend finanzierte Bestimmung des HbA1c-Wertes wohl einen zusätzlich Drive mit sich bringen und einen sehr positiven Effekt auf die Gesundheitssituation in Österreich haben.

Auch dieses Jahr wird die ÖDG im Zuge der Initiative Diabetes 2030 eine inhaltliche Führungsrolle einnehmen. Welche Optimierungspotenziale, Botschaften und Forderungen stehen auf der Agenda?



Eine Grundforderung der ÖDG ist seit eh und je, den Fokus auf Prävention, Früherkennung bzw. Lebensstilmodifikationen bei Prädiabetes zu richten und sich dafür die entsprechende Zeit, die auch honoriert werden muss, zu nehmen. Wie bereits im Kontext der Glukosetoxizität erwähnt, wissen wir aus epidemiologischen Daten, dass ein klarer linearer Zusammenhang zwischen dem Anstieg des HbA1c-Wertes und etwa kardiovaskulären Ereignissen besteht. Zwischen einem Wert von 5,4 und 5,9 erhöht sich das genannte Risiko bereits um 30 Prozent, es schnell demnach relativ rasch nach oben. Diese direkte Korrelation, dieses Risiko verdeutlicht die Bedeutung eines raschen Handlungsbedarfs — eine Botschaft, die wir intensiver, beispielsweise in Form von Awarenesskampagnen, vermitteln müssen, sodass sowohl Kolleginnen und Kollegen als auch Patientinnen und Patienten noch stärker ins Tun kommen. Den niederschweligen Zugang zur Diabetesversorgung sehe ich grundsätzlich im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung gegeben und demnach primär im niedergelassenen Bereich bzw. in Primärversorgungseinheiten (PVE) angesiedelt. In diesem Zusammenhang ist es ganz wesentlich, die multiprofessionelle Behandlung und Betreuung von Diabetespatientinnen und -patienten zu fördern. In puncto Versorgungsoptimierung erachte ich insbesondere die weitere Errichtung von niederschwellig zugänglichen spezialisierten Diabeteszentren als zielführend. Ein solches wurde in Wien Favoriten bereits umgesetzt, ein weiteres Zentrum entsteht gerade in Innsbruck. Diese Zentren wiederum sollten in jeder Stadt mit mehr als 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern an ein diabetesfokussiertes Krankenhaus angegliedert sein.

Die geöffnete Verschreibungsoption innovativer anti-diabetischer Medikamente resultiert langfristig in einem Rückgang an Komplikationen und einer gesamt-systemischen Entlastung.

Martin Clodi

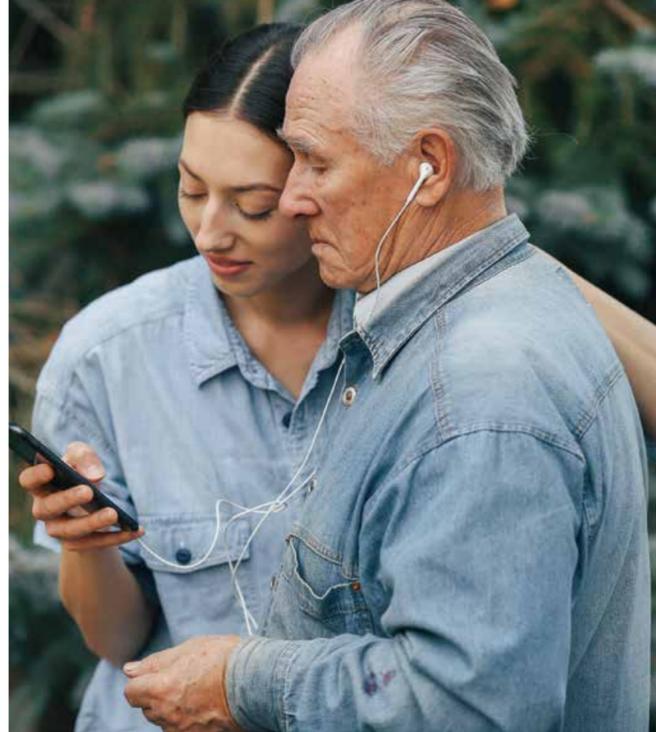
Auch die verstärkte Nutzung der Digitalisierung und die Implementierung von Telekonzilen — inklusive entsprechender Honorierung — sind zentrale Aspekte, die die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zusätzlich erleichtern. Zugunsten der Umsetzung eines Diabetesregisters und -passes, welche in die ELGA integriert sein sollten, braucht es eine zwingende, an die Leistungshonorierung gekoppelte Codierung der Diagnosen — und es sind neben Diabetes meist mehrere, die man auf diese Weise einfangen könnte — im niedergelassenen Bereich. Abschließen möchte ich mit einer weiteren ganz wesentlichen Forderung: dem niederschweligen Zugang zu neuen Medikamenten, sobald die Diagnose Diabetes gestellt ist. Damit verbunden sind die Notwendigkeit der Eröffnung der Verschreibungsmöglichkeiten und der Bewusstmachung der positiven Effekte, die damit einhergehen. Denn die Option, innovative und wirksame Diabetesmedikamente zu verschreiben, resultiert auf lange Frist nicht nur in einem Rückgang an Komorbiditäten und Komplikationen, sondern auch in einer ökonomischen Entlastung des gesamten Gesundheitssystems. 

Musikmedizin als neues Forschungsfeld

MUSIK UND MEDIZIN GEHEN IN NAHEZU ALLEN KULTUREN HAND IN HAND. Nun sollen die Grundlagen und Wirkungen auch wissenschaftlich noch intensiver erforscht und gelehrt werden. Dazu wurde vor kurzem an der JAM MUSIC LAB Private University ein Institut für Musikmedizin gegründet, und ab Herbst 2022 soll es zudem den Lehrgang „Arts & Health“ geben. | von Mag. Miriam Eder

Musik ist wohltuend, und Musik kann nachweislich positiv auf die Gesundheit wirken. Das ist nicht neu. In der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern und Musikerinnen und Musikern finden diese Zusammenhänge jedoch noch viel zu wenig Beachtung“, weiß Erika Sander, Generalsekretärin der Österreichischen Gesellschaft vom Goldenen Kreuze. „Als Institution, die Gesundheitsförderung sehr umfassend versteht, widmen wir uns dem Thema daher grundlegend und unterstützen den Aufbau von Forschung und Lehre an der JAM MUSIC LAB Private University.“ Musik und Medizin gehen in allen Kulturen der Welt seit Jahrtausenden Hand in Hand. Durch ihre potente Signalwirkung kann Musik als natürlicher ‚Taktgeber‘ positiv einwirken und über die ‚Zahnräder‘ des Pulses und der Atmung zur Re-Synchronisation beitragen. Musik kann somit ergänzend — das heißt komplementärmedizinisch — die Wirkungen der Medizin sinnvoll bereichern, sie aber keinesfalls als ‚Alternativmedizin‘ ersetzen“, beschreibt Marcus Ratka, Rektor der JAM seinen Ansatz. „Durch verbesserte Messmethoden konnte der Musikwirkung in den letzten Jahrzehnten eine fundierte wissenschaftliche Basis verliehen werden. Mehr

als 25.000 Publikationen objektivieren diese Tatsache in den internationalen medizinischen Datenbanken.“ **Wirkung wissenschaftlich belegt** Im neu gegründeten Institut für Musikmedizin wird daher wissenschaftlich fundiert die Wirkung von Musik auf den Menschen untersucht. „Wir möchten die Möglichkeiten von Musik im klinischen Einsatz und ihr Potenzial in der Prävention und Behandlung von Erkrankungen wie Post-COVID oder Demenz erforschen. Und wir haben mit Oliver Peter Graber und Klaus-Felix Laczika zwei ausgewiesene Experten als Institutsleiter gewinnen können“, freut sich Ratka. „Das ist für uns der perfekte Anknüpfungspunkt, denn gerade auf dem Gebiet der Demenz sind wir seit längerem mit verschiedensten Initiativen aktiv – nicht zuletzt mit dem Programm DEMENZ & ICH, das intensiv Aufklärung betreibt und Hilfestellung leistet“, so Sander. Komplettiert wird der neue Forschungsschwerpunkt durch den Lehrgang „Arts & Health“, der ab September 2022 seine Arbeit aufnehmen und Studierende auf eine berufliche Tätigkeit in diesem interdisziplinären Feld vorbereiten soll. „Wir wollen damit anhaltenden Musikerinnen und Musikern, aber



Musik kann z. B. bei Demenz die Medizin ergänzen

auch anderen Berufsgruppen, etwa in den Feldern der Therapie, der (Musik)Pädagogik, der Psychologie, der Kreativwirtschaft und nicht zuletzt auch der Medizin eine Weiterbildung ermöglichen“, sagt Ratka. „Musikalisches Können soll kombiniert mit neuen Methoden der Musikmedizin für zentrale Herausforderungen unserer Zeit entwickelt und eingesetzt werden.“

Fundraising für neuen Forschungsschwerpunkt

Um die nötigen Mittel für diesen innovativen Ansatz aufzustellen, veranstaltet JAM am 26. Juni 2022 eine Fundraising Matinee im Wiener Imperial. „Die evidenzbasierte Wirkung von Musik soll für die Gäste dieser Matinee kein ‚vages Gefühl im feinstofflichen Bereich‘ mehr bleiben, sondern durch die Präsentation des künftigen Lehrgangs künstlerisch und wissenschaftlich erfassbar gemacht werden — erstaunliche Fakten über Musik und den menschlichen Körper wie musikalische Bereicherung eingeschlossen“, lädt Ratka Private aber auch Institutionen ein, sich hier zu engagieren.

Österreichische Gesellschaft vom Goldenen Kreuze als Sponsor

Die Österreichische Gesellschaft vom Goldenen Kreuze geht jedenfalls voran und unterstützt das Institut für Musikmedizin, nachdem die Initialzündung durch die „Goldene Kreuz Privatstiftung“ erfolgt ist. „Wir sehen hier eine große gesellschaftspolitische Relevanz. Wir alle können vermutlich von der Weiterentwicklung musikmedizinischer Forschung profitieren, und wir möchten deshalb die Aktivitäten und Forschungsergebnisse verstärkt öffentlich bewusst machen“, unter-



JAM erforscht die Musikmedizin und bildet junge Musikerinnen und Musiker aus



JAM for Life: Fundraising Matinee für Musikmedizin im Wiener Imperial

26. Juni 2022 | 11:00 – 14:00
Hotel Imperial, Körntner Ring 16, 1015 Wien

Mehr Information findet sich auf:
www.jammusiclab.com/events/jam-life-fund-raising-matinee-fur-musikmedizin-im-wiener-imperial



Kinder- und Jugendlichenrehabilitation

Erste Meilensteine erreicht — weitere Optimierungsziele gesteckt

Durch konsequenten und hartnäckigen Einsatz ist es dem Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation gelungen, **SPEZIALISIERTE EINRICHTUNGEN FÜR KINDER UND JUGENDLICHE** im österreichischen Gesundheitssystem zu implementieren. Nach Abschluss der Baumaßnahmen will Obmann Markus Wieser mit dem Förderverein Verbesserungen rechtlicher Rahmenbedingungen und die Beseitigung sozialer sowie finanzieller Hürden durchsetzen. | von Rainald Edel, MBA

Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen, sondern benötigen spezielle medizinische Betreuung und Versorgung. Was allerdings für Erwachsene seit Jahrzehnten bewährte Praxis ist, spricht nach der Akutbehandlung eines Unfalls oder einer schweren Erkrankung eine geeignete Rehabilitation zu bekommen, gab es für Kinder- und Jugendliche in Österreich bis vor wenigen Jahren nicht. Eine eklatante Versorgungslücke im Gesundheitssystem, wie der Obmann des Fördervereins Kinder- und Jugendrehabilitation Markus Wieser anlässlich eines Falls im eigenen Familienkreis 2009 feststellen musste. Durch konsequenten Einsatz und hohes persönliches Engagement konnte der von ihm gegründete Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation 2014 die Finanzierung der Rehabilitation für Kinder und Jugendliche erreichen und die wichtigsten Stakeholder des Gesundheitssystems als Verbündete gewinnen. Zwei Jahre später fielen die ersten Beschlüsse für Zentren, die sich ausschließlich der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation widmen. Mittlerweile sind fünf Reha-Zentren in drei Versorgungsregionen in Betrieb: Nord, Ost und Süd. Das sechste Zentrum für die Region West soll bis 2023 in Wiesing, Tirol, eröffnet werden. „Damit erreichen wir eine flächendeckende Versorgung in Österreich und können so vielen Kindern und deren Eltern, die bislang ungenügend oder gar nicht versorgt waren, in einer schwierigen Lebenssituation helfen“, freut sich Markus Wieser, Betreuer werden junge Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Angeboten werden Rehabilitationsprogramme zu psychosozialen, kardiologischen und pulmonologischen Indikationen, zu Krankheiten des Stoffwechselsystems, des Verdauungsapparates sowie eine hämatologische Rehabilitation.

„Auch wenn die ersten Meilensteine in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erreicht sind, bedeutet das für den Förderverein nicht, dass seine Arbeit erledigt ist“, betont Wieser. Reha-Zentren für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich von Einrichtungen für Erwachsene. Nicht nur baulich muss speziell auf die Zielgruppe eingegangen werden, auch die Dauer der Reha-Maßnahmen, die kind- und jugendgerechte Gestaltung der Therapien und die Freizeitangebote sind unterschiedlich. „Ein wesentlicher Bestandteil in allen Reha-Zentren ist neben der kind- und jugendgerechten Rehabilitation die pädagogische Betreuung während des Aufenthaltes. Dafür stehen eigene Kindergärten und eine Heilstättenschule zur Verfügung, die auch von den Patientinnen, den Patienten begleitenden Geschwistern besucht werden können“, schil-

Engagement über die eigentliche Rehabilitation hinaus

„Auch wenn die ersten Meilensteine in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation erreicht sind, bedeutet das für den Förderverein nicht, dass seine Arbeit erledigt ist“, betont Wieser. Reha-Zentren für Kinder und Jugendliche unterscheiden sich von Einrichtungen für Erwachsene. Nicht nur baulich muss speziell auf die Zielgruppe eingegangen werden, auch die Dauer der Reha-Maßnahmen, die kind- und jugendgerechte Gestaltung der Therapien und die Freizeitangebote sind unterschiedlich. „Ein wesentlicher Bestandteil in allen Reha-Zentren ist neben der kind- und jugendgerechten Rehabilitation die pädagogische Betreuung während des Aufenthaltes. Dafür stehen eigene Kindergärten und eine Heilstättenschule zur Verfügung, die auch von den Patientinnen, den Patienten begleitenden Geschwistern besucht werden können“, schil-



der Wieser. Dadurch ist gewährleistet, dass die Kinder bzw. Jugendlichen während ihres Aufenthaltes den Schulunterricht nicht versäumen. In den Reha-Einrichtungen betreut der Förderverein als Elterninitiative vor Ort die Kinder und Familien, speziell in der freizeit- und sozialpädagogischen, aber auch in der familiengeführten Rehabilitation. Mit den Spenden, über die sich der Verein finanziert, werden aber auch Familien, die durch die Erkrankung ihrer Kinder in Not geraten, unterstützt. Ebenso werden mit den Geldmitteln des Vereins Therapien und Ausflüge organisiert und bei Bedarf medizinische Gerätschaften oder Outdoor-Einrichtungen angeschafft. Um das nun geschaffene Angebot der Kinder- und Jugendrehabilitation möglichst treffsicher zu gestalten, wurde der Förderverein 2019 durch die nunmehrige ÖGK im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung vertraglich beauftragt, die Kinderrehabilitationseinrichtungen in Österreich zu evaluieren.

Weitere Optimierungsziele

Weitere Bereiche, denen sich der Verein widmet, sind die Grundlagen und Begleitumstände rund um das Thema Reha. Gerade der familienorientierte Ansatz ist in der Kinder- und Jugendrehabilitation ein wichtiger Eckpfeiler. „Die schwere Erkrankung eines Kindes stellt zumeist auch eine erhebliche Belastung in psychischer, sozialer oder finanzieller Hinsicht für die gesamte Familie dar, der im Rahmen der Rehabilitation Rechnung getragen werden muss“, betont Wieser. Als Erfolg verbucht der Förderverein, dass für begleitende Geschwisterkinder eine zusätzliche Begleitperson

Markus Wieser ist Obmann des 2009 gegründeten Fördervereins Kinder- und Jugendrehabilitation.

Wir fordern einen Rechtsanspruch der Eltern auf vier Wochen bezahlte Freistellung während des Reha-Aufenthaltes eines Kindes für alle Indikationen.

Markus Wieser

finanziert wird. „Dadurch ist sichergestellt, dass auch der Bruder oder die Schwester einer Patientin, eines Patienten während des Reha-Aufenthaltes betreut werden kann.“ Allerdings braucht es rechtliche Änderungen. Um Kinder zu begleiten, müssen Eltern etwa Urlaub oder Zeitausgleichstage konsumieren und hoffen, dass sie damit über die Zeit der Behandlung kommen. Der Förderverein Kinder- und Jugendlichenrehabilitation fordert daher für alle Indikationen einen Rechtsanspruch auf vier Wochen bezahlte Freistellung während des Reha-Aufenthaltes. Dieser Anspruch soll auch zwischen den Eltern geteilt werden können. In der Hämatonkologie gibt es dazu bereits einen Sideletter (FOR) und eine entsprechende Vereinbarung, nach welcher zusätzlich zweieinhalb Personen einen Anspruch haben, finanziert werden und auch Therapien inkludiert sind. Eine besondere Bedeutung kommt auch der psychosozialen Rehabilitation zu, die bereits vor der Pandemie einen großen Anteil in der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation ausgemacht hat. Durch COVID-19 haben die Belastungen abermals zugenommen. Die Kinderreha-Zentren könnten hier gute Optionen mit qualitativer Betreuung für stationäre und therapeutische Aufenthalte bieten. Der Bund und das Gesundheitsministerium sind daher gefordert, den Betroffenen diese Unterstützung auch zur Verfügung zu stellen. Je früher die Langzeitfolgen der Pandemie behandelt werden, desto eher wird den Kindern eine optimale Rückkehr in den Alltag ermöglicht. Betroffene haben keine Zeit zu verlieren und benötigen rasch Rehabilitation und Unterstützung. P

Medizin und Ökonomie sind kein Widerspruch

Moderne Medizin braucht hohe **FACHLICHE EXPERTISE**, das Wissen um Zusammenhänge und den Mut, über den Tellerrand zu blicken. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Er ist Mediziner aus Leidenschaft und kann sich in jeder Situation auf seine breitgefächerte, umfassende Ausbildung verlassen. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und „gelebte“ integrative Medizin prägen seinen Alltag in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten. Die Rede ist von Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Schachner, MSc von der Medizinischen Universität Innsbruck, der nicht nur auf beeindruckende Meilensteine seiner Karriere blicken kann, sondern als Herz-, Thorax- und Gefäßchirurg eine nicht häufig anzutreffende Kombination an Know-how und Erfahrung mitbringt. Im Gespräch mit PERISKOP erzählt er, warum ihm ein wertschätzender Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie im Team wichtig ist und welchen Stellenwert ethische Entscheidungen in einem solidarischen Gesundheitssystem haben.

PERISKOP: Sie sind Facharzt für Chirurgie, Herzchirurgie und Thoraxchirurgie.

Was macht diese Fächer für Sie so spannend?

SCHACHNER: Herz-Kreislauf-Erkrankungen zählen nach wie vor zu den häufigsten Todesursachen. Die Herzchirurgie kann mit sehr effektiven Eingriffen auch jenen Patientinnen und Patienten eine gute Prognose bieten, die nicht mehr konservativ oder interventionell behandelt werden können. Das verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und es ist spannende Spitzenmedizin.

Leadership heißt für mich, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem nachvollziehbare Entscheidungen gefällt werden – das gilt für medizinische Belange genauso wie für Prozess-, Struktur- oder Personalentscheidungen.

Thomas Schachner

Welche persönlichen Stärken werden hier besonders benötigt?

Ich bin Generalist mit einer Reihe fachlich vertiefter Ausbildungen. Einer meiner spezielleren Schwerpunkte sind Aortenerkrankungen und die koronare Revaskularisierung. Durch meine langjährige Erfahrung im OP kann ich auch mit komplexen Situationen gut umgehen und bewahre Ruhe, wenn es einmal kompliziert wird. Ich denke, dass es die Kombination aus manueller Tätigkeit und strategischer Planung am Ende ausmacht. Ich habe immer einen Plan B! Mit einem guten Durchhaltevermögen und hoher Entscheidungsfreudigkeit bringt mich so leicht nichts aus der Ruhe. Dass dieser Zugang richtig ist, zeigt sich in überdurchschnittlich guten OP-Ergebnisprofilen.



Ein Patientenratgeber für mehr Bewegung im Alltag. Seitenzahl: 207 Seiten
Autoren: Thomas Schachner, Claudia Angerer-Foissner
Preis: 19,95 €
Verlag: Goldegg Verlag
ISBN-Nr.: 978-3-99060-214-0

„Das bewegte Herz“ ist ein interdisziplinäres Symposium rund um die körperliche Aktivität bei Gesunden und kardialen Patienten.

An der UMIT haben Sie berufsbegleitend das Studium der Gesundheitswissenschaften abgeschlossen. Warum haben Sie sich gerade für diese Fortbildung entschieden und wo sehen Sie den praktischen Nutzen?

Das ist ein sehr breitgefächertes Studium. Die Themenvielfalt reicht von Statistik über Kommunikation bis zum strategischen Management und der Unternehmensführung. Viele der Bereiche werden im Medizinstudium nicht abgedeckt, daher finde ich die Reflexion der Inhalte vor dem medizinischen Hintergrund besonders interessant und lehrreich für meine tägliche Praxis.

Leadership heißt auch unangenehme Entscheidungen zu treffen. Welchen Anspruch an Führung haben Sie?

Kommunikation auf Augenhöhe ist für mich ein zentraler Wert, sowohl bei der Zusammenarbeit im Team als auch mit Patientinnen und Patienten. Nur so kommt Qualität und kontinuierliche Verbesserung in den medizinischen Alltag. Das heißt aber nicht, dass alle Themen zerredet werden müssen. Von einer Führungskraft erwarte ich klare Entscheidungen und die Übernahme von Verantwortung, auch in unangenehmen oder schwierigen Situationen. Das ist ähnlich wie bei einer OP – da muss rasch und kompetent entschieden werden, was nicht heißt, dass man gegenüber den Teammitgliedern weniger Wertschätzung aufbringt. Leadership heißt für mich, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, in dem nachvollziehbare Entscheidungen gefällt werden – das gilt für medizinische Belange genauso wie für Prozess-, Struktur- oder Personalentscheidungen.

Welche Eigenschaften machen Sie als einen guten Vorgesetzten aus?

In jeder Situation das Beste geben: Das kann sein Verantwortung zu übernehmen, aber auch zu delegieren, Entscheidungen transparent, fair und in medizinischen Belangen evidenzbasiert treffen und eine wertschätzende Grundhaltung einzunehmen.

Schließen menschliche Medizin und ökonomische Entscheidungen im Spitalsalltag einander manchmal auch aus?

Nein, im Gegenteil: Der ökonomische Faktor muss beachtet werden, um insgesamt die solidarische Versorgung aufrechtzuerhalten und das Beste rauszuholen, selbst wenn die Ressourcen knapp sind. Bei jeder Entscheidung muss ich abwägen, was Sinn macht – für die individuelle Situation des Patienten, für die Organisation und für das Gesundheitssystem.

Sie sind bekannt als Verfechter der integrativen Medizin. Was ist Ihnen daran so wichtig?
Wir müssen in der Medizin den Menschen immer als Ganzes sehen, das insbesondere auch in der Chirurgie wichtig, da eine große Operation auch Auswirkungen auf die Patienten haben. Es reicht nicht, einen Patienten an



einer Stelle zu operieren und gut zu versorgen. Dazu gehört mehr: der direkte Austausch, die Kommunikation und der Aufbau von Vertrauen. Das handwerkliche und fachliche Know-how sind die Basis, die ohnehin da sein müssen. Darüber hinaus habe ich mich auch intensiv mit der Gesundheitsförderung beschäftigt und hier vor allem mit der Frage, wie mit Bewegung den typischen Volkskrankheiten vorgebeugt werden kann, damit die Patienten im besten Fall gar nicht bei mir auf dem OP-Tisch landen und einen Bypass brauchen. Es gibt ausreichend wissenschaftliche Evidenz, welche Benefits Bewegung auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben. Am liebsten ist es mir, wenn die Menschen gar nicht oder erst sehr spät betroffen sind, und selbst dann gibt es nach einem operativen Eingriff auch noch Lebensmaßnahmen, die den Genesungsprozess unterstützen. All das ist für mich ganzheitliche, integrative Medizin – einfach über den Tellerrand blicken.

Hat die integrative Medizin eine relevante Rolle im heimischen Gesundheitswesen?

Wir dürfen hier nicht alles über einen Kamm scheeren. Es gibt eine Reihe von Einzelakteuren, auf die es ankommt. Im Rahmen der Ausbildung von jungen Medizinerinnen und Mediziner versuche ich, diesen Ansatz auch weiterzugeben, indem ich ein Wahlfach anbiete, das sich nicht nur mit der Herz-OP beschäftigt, sondern den Bogen von der Prävention bis hin zur Compliance spannt. Insgesamt haben wir ein gutes Gesundheitssystem, das solidarisch alle mit dem versorgt, was individuell benötigt wird.

Als Präsident der Gesellschaft für Herz-Kreislauf-Forschung und -Fortbildung

organisieren Sie auch sehr erfolgreich den Kongress „Das bewegte Herz“ – ein interdisziplinäres Symposium rund um die körperliche Aktivität bei Gesunden und kardialen Patienten. Warum ist Ihnen dieses Thema so ein großes Anliegen?

Die interprofessionelle Tagung, die seit sechs Jahren stattfindet, ist auch ein gutes Beispiel für integrative Medizin. Wir haben hier gemeinsam mit Therapeutinnen und Therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftlern sowie anderen Gesundheitsberufen eine Plattform für den Austausch geschaffen. Der Mangel an Bewegung verursacht eine Reihe von Beschwerden und Erkrankungen, die nicht in der Medizin allein behandelt werden können.

Ich habe immer einen Plan B! Mit einem guten Durchhaltevermögen und hoher Entscheidungsfreudigkeit bringt mich so leicht nichts aus der Ruhe.

Thomas Schachner

Die transdisziplinäre Zusammenarbeit mit der Pflege und anderen Gesundheitsberufen ist Ihnen ein Anliegen. Welche Vorteile sehen Sie dabei?

Durch die Zusammenarbeit auf Augenhöhe verbessert sich das Gesamtklima im Netzwerk. Das ist für das Miteinander in jeder Hinsicht förderlich. Wir lernen gegenseitig voneinander und können diese Energie positiv zur Behand-

Kommunikation auf Augenhöhe ist für mich ein zentraler Wert.

Durch seine langjährige Erfahrung im OP kann er auch mit komplexen Situationen gut umgehen.

Biobox

Ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas Schachner, MSc studierte Medizin an der Universität Wien. Anschließend folgte die ärztliche Ausbildung in Salzburg und Innsbruck. Seit 2007 ist er als außerordentlicher Universitätsprofessor an der Innsbrucker Klinik tätig. 2017/18 arbeitete er als stellvertretender Vorstand an der Universitätsklinik für Herz-, Gefäß- und Thoraxchirurgie am Kepleruniversitätsklinikum Linz. 2018 schloss er sein berufsbegleitendes Studium der Gesundheitswissenschaften an der UMIT in Hall in Tirol ab.

Als **Präsident der Gesellschaft für Herz-Kreislauf-Forschung und -Fortbildung** liegt dem Arzt und Gesundheitswissenschaftler die Wissensvermittlung an die Bevölkerung am Herzen. Schachner ist Autor und Mitautor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Er ist Editor des „Vascular Chapter“ beim chirurgischen Fachjournal Multimedia Manual of Cardio-Thoracic Surgery und arbeitet im Editorial Board wissenschaftlicher Fachzeitschriften. In nationalen und internationalen Vorträgen referiert er zu Themen aus dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und der Herzgesundheit. Er ist Mitbegründer des Symposiums „Das bewegte Herz“ (<http://www.das-bewegte-herz.at>), das sich mit zahlreichen Teilnehmenden aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen zu einer lebendigen Plattform des Wissens- und Erfahrungsaustausches entwickelt hat. Der in Zell am See geborene Herzchirurg lebt mit seiner Familie in Innsbruck.



lung der Patientinnen und Patienten einsetzen. Am einfachsten kann ich das an einem Beispiel erklären: Ein Physiotherapeut hat mir erzählt, dass Patientinnen und Patienten nach einer Herz-OP oft Angst vor Bewegung haben. Ich habe mich dann mit der Literatur auseinandergesetzt und Übungen entworfen, mit denen bereits am Krankenbett, wenige Tage nach der OP begonnen werden kann. Gleichzeitig achte ich im Patientengespräch darauf, über die Bedeutung von Bewegung nach dem operativen Eingriff besser aufzuklären, um diese Ängste gar nicht erst aufkommen zu lassen.

Insgesamt haben wir ein gutes Gesundheitssystem, das solidarisch alle mit dem versorgt, was individuell benötigt wird.

Thomas Schachner

Sie sind Autor und Mitautor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen, aber auch patientenorientierter Sachbücher. Wie wichtig ist Ihnen die Informationsvermittlung in dieser Form?

Information in leicht verständlicher Form und niederschwellig anzubieten ist ganz wichtig, um Verunsicherung ab- und Motivation aufzubauen. Das gilt nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern auch für das Gesundheitspersonal, daher übersetze ich beispielsweise englischsprachige Studien in einfach lesbare Fachtexte, damit die Hemmschwelle fällt, sich damit zu beschäftigen.

Selbsthilfgruppen stellen einen wichtigen Beitrag zur sozialen Integration Betroffener und Angehöriger dar. Warum unterstützen Sie Betroffenenorganisationen?

Je seltener eine Erkrankung ist, desto wichtiger ist Teamwork bei Diagnose und Therapie, daher unterstütze ich beispielsweise die Marfan-Initiative, eine Selbsthilfeorganisation für Menschen mit dieser genetisch bedingten Bindegewebsschwäche, die vielfältige Auswirkungen, unter anderem auf das Herz, haben kann. Hier halte ich Vorträge und versuche ebenfalls mit niederschwelliger Information Unterstützung zu bieten.

Ihr Lebenslauf ist bereits beeindruckend lange und vielfältig. Gibt es schon Pläne, wohin Sie die nächsten Stationen führen werden?

Mein Ziel ist eine Führungsposition im Gesundheitswesen, bei der ich mich sowohl fachlich als auch persönlich einbringen kann. **P**





PERFORMANCE



Europa — gemeinsam gegen den Krebs

Die Krebsbekämpfung hat für die EU Kommission eine der höchsten Prioritäten im Gesundheitsbereich, ausgedrückt in „Europas Plan gegen den Krebs“ (EU's Beating Cancer Plan). Nun hat auch das Europäische Parlament und sein „Sonderausschuss zur Krebsbekämpfung“ Position bezogen — es geht um nichts weniger als die **STÄRKUNG EUROPAS IM KAMPF GEGEN KREBSERKRANKUNGEN**. PERISKOP hat österreichische Top-Experten um Ihre Meinung gebeten. | von Bernhard Hattinger

Auf europäischer Ebene rückt zunehmend auch die Gesundheit in den Fokus, ein Faktum, das nicht zuletzt im Bestreben der Europäischen Kommission zur Entwicklung einer starken „Gesundheitsunion“ Ausdruck findet. Teil dieser Bestrebungen ist auch „Europas Plan gegen den Krebs“ der Kommission, der unter anderem zum Ziel hat, Ungleichheiten im Zusammenhang mit Krebserkrankungen zu beseitigen und zur Verbesserung von Prävention und Behandlung beizutragen — und das aus gutem Grund: nach Herz-Kreislauferkrankungen ist Krebs die zweithäufigste Todesursache in den EU-Ländern. Auch das Europäische Parlament widmete sich nun diesem Thema und richtete den Sonderausschuss zur Krebsbekämpfung (BECA) ein, welcher seinen Bericht mit dem Titel „Stärkung Europas im Kampf gegen Krebserkrankungen — auf dem Weg zu einer umfassenden und koordinierten Strategie“ im Februar 2022 im Plenum des Europäischen Parlaments präsentierte. Der Bericht enthält zahlreiche Empfehlungen und Zielsetzungen für Europa. Darunter fallen die Forderung, Maßnahmen zu beschließen, um die wichtigsten Risikofaktoren (darunter Alkohol und Rauchen) anzugehen, die Ausweitung von Vorsorgeprogrammen, mehr Mittel für

die Erforschung von Krebsursachen und für Maßnahmen zur Steigerung der Wirksamkeit von Präventionsprogrammen. PERISKOP hat Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant und Univ.-Prof. Dr. Philipp Jost, Leiter der Klinischen Abteilung für Onkologie der MedUni Graz, zwei führende heimische Experten, um ihre Meinung und Einschätzung zu einigen ausgewählten Themen aus dem Bericht des BECA gebeten.

PERISKOP: Die EU beschäftigt sich aktuell mit dem Thema Kampf gegen den Krebs. Wie bewerten Sie diese Schwerpunktsetzung aus heimischer Warte?

GNANT: Grundsätzlich ist es sehr erfreulich, dass das auf EU-Ebene thematisiert wird und es auch einen European Cancer Plan gibt. In den USA existiert eine solche Schwerpunktsetzung ja seit der Ära von Richard Nixon. Bis dato ist zwar von der EU-Initiative noch nicht allzu viel im Alltag angekommen, ich möchte das aber zuversichtlich formulieren: So ein Brüsseler Fokus bedeutet meistens auch Mittelbereitstellung, mit denen die Mitgliedsstaaten arbeiten können — etwa im Bereich der Forschungsförderung, was zu spezifischen Calls mit onkologischem Schwerpunkt führen kann. Auf der anderen Seite bekommen die Mitgliedsstaaten die Gelegenheit, Unterstützung für Strukturverbesserungen zu erhalten. Aufholbedarf hätten wir zum Beispiel in der digitalen Präzisionsonkologie und der Nutzung von blended consultations.

Michael Gnant forscht an der Med Uni Wien und ist Präsident der Austrian Breast & Colorectal Cancer Study Group (ABCSCG)

JOST: Ein Fokus auf Onkologie unter EU-Federführung ist sicherlich als positive Entwicklung zu bewerten. Grundsätzlich ist es durchaus so, dass im Rahmen der „Mission Cancer Initiative“ auch in Österreich Bemühungen existieren, für die österreichische Krebsforschung, die Patientenversorgung und auch für die Integration von „Comprehensive Cancer Center“-Strukturen nationale Konzepte aufzulegen. Ich glaube Österreich steht also am Beginn des Prozesses, diese EU-Initiative aufzugreifen. Gleichzeitig ist es sicherlich noch ein weiter Weg, bis das in Zentren und Peripherie angekommen ist.

PERISKOP: Das EP fordert eine tragfähige und angemessene Finanzierung für eine wettbewerbsfähige europäische Krebsforschung. Wie schätzen Sie den Standort Österreich, den Standort Europa im globalen Vergleich ein?

GNANT: Das muss man differenziert betrachten. Einerseits haben wir in Europa hervorragende Krebsforscherinnen und Krebsforscher, wir hinken allerdings im globalen Vergleich insbesondere in der Finanzierung und der Konzentration der Mittel deutlich hinten nach.

Die USA sind bei Innovationen rascher, fokussierter, haben weniger Vorbehalte gegen Neuerungen. Wir in Österreich haben ebenfalls in einigen Gebieten ganz hervorragende Grundlagenforschung und teilweise auch weltweit sichtbare klinische Forschung. Dazu darf ich mir erlauben, auch das Beispiel Brustkrebs zu zählen. Was uns fehlt, und das gilt für Europa und genauso für Österreich, ist ein durchgängiger, starker Translationsprozess von der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung. Ich glaube, die EU weiß um diese Herausforderung und ist auch das richtige Vehikel, diese Problematik zu adressieren. **JOST:** Die Grundlagenforschung in Österreich ist punktuell exzellent aufgestellt. Wir haben mit einigen ausgewiesenen, also auch global sichtbaren Instituten, hervorragende Vertreter. Gleichzeitig glaube ich, dass es einen großen Mangel gibt in Österreich: nämlich an einer dezidierten Krebsforschungsförderung — denn bisher läuft diese unter den allgemeinen Wissenschaftsförderprogrammen mit. Das sind letztlich hoch kompetitive Arenen, in denen wir teilweise mit Bereichen konkurrieren müssen, die ganz andere Voraussetzungen haben. Daher braucht es in Österreich dringend ein dezidiertes Forschungsbudget für die Krebsforschung.

PERISKOP: Im Maßnahmenbereich „Krebsprävention in allen Politikbereichen“ fordert das EP, dass eine umfassende Krebsprävention unter Nutzung von Maßnahmen zur Beseitigung und Minderung von Schäden, die durch modifizierbare Risikofaktoren verursacht werden, verwirklicht werden soll. Rauchen wird als häufigste vermeidbare Krebsursache insbesondere genannt. Neben dem Ziel eine „tabakfreie Generation“ zu schaffen, wird die Kommission auch aufgefordert, Folgemaßnahmen zur Bewertung von Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit rauchfreien Alternativprodukten durchzuführen, einschließlich eines Risikovergleichs dieser Produkte mit traditionellen Tabakerzeugnissen. Findet sich darin eine Hinwendung zur Konzepten wie Harm Reduction und Risikominderung im Kampf gegen den Krebs?

GNANT: Ich glaube, dass man das so interpretieren kann. Natürlich bleibt das Ziel, sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft, mit krebs- oder anderen krankheitsregenden Substanzen oder Verhaltensweisen nach Möglichkeit aufzuhören. Dabei gilt es aber auch zu bedenken, dass es einen klaren Zusammenhang zwischen sozioökonomischer Leistungsfähigkeit von Bevölkerungsschichten und ihrem Gesundheitsverhalten in vielen dieser Dimensionen gibt. Daher denke ich, dass es eine kluge, lebensnahe und pragmatische Hinwendung ist zu sagen: Wenn ich das Ziel der rauchfreien Generation morgen nicht erreichen kann, versuche ich eine Verbesserung in kleinen Schritten. Ich finde es gut und richtig, Betroffene nicht alleine zu lassen, sondern Hilfsmittel anzubieten, die vielleicht schrittweise das Ziel erreichen lassen. Wenn das beim Tabak, wo ein Ergebnis relativ einfach messbar ist, vorexerziert wird, können auch Rückschlüsse auf das Potential von Schadens- und Risikoreduktion auf andere wichtige gesundheitsgefährdende Faktoren gezogen werden, wo eine Messung schwieriger ist — etwa bei Adipositas oder Bewegungsarmut. **JOST:** Durchaus, und ich halte diese Konzepte der Modifikation von Lebensstil- und Umwelteinflüssen für die Prävention sehr wichtig. Prävention ist immer noch die beste Therapie für Tumorerkrankungen, denn sie lässt den Krebs erst gar nicht auftreten. Insofern

glaube ich, dass wir auch mehr Zeit, Energie und Geld in die Prävention investieren müssen. Aktuell werden laut Zahlen der WHO nur im einstelligen Prozentbereich aller Kosten in der Onkologie für Prävention ausgegeben. Potentiale in konkreten Bereichen wie beim angesprochenen Rauchen muss man genau anschauen, da kann es sicherlich gewisse positive Aspekte, aber auch Gefahren beinhalten, da muss man die Evidenzen in Ruhe analysieren.

PERISKOP: Der Verein PRAEVENIRE diskutiert im Rahmen der „Seitenstettener Petition zur Harm Reduction und Risikominderung“ ebenfalls die Potentiale dieser Konzepte für die Onkologie. Stellen dies aus Ihrer Sicht einen weiteren Pfeil im Köcher im Kampf gegen den Krebs dar?

GNANT: Absolut. Wir wissen — und das ist sehr genau definiert in vielen Bereichen — dass wir mit Lebensstilfaktoren dazu beitragen können, auch die Prävalenz von Krebserkrankungen zu verändern und günstig zu beeinflussen. Natürlich können wir viele Krebserkrankungen nicht verhindern — da geht es dann um Früherkennung und bestmögliche Therapie. Aber die beste Krebserkrankung ist die, die nicht aufgetreten ist, weil wir sie verhindern konnten. Rauchen, Alkohol, Ernährungsgewohnheiten, Bewegungsmangel sind Themen, wo ich das sehr wichtig finde. Es ist nicht realistisch, jeden Menschen zu einem idealen Lebensstil zu bringen. Daher ist es sehr wichtig, Risikominderung und Schadensreduktion im Sinne pragmatischer, menschenfreundlicher und praktikabler Konzepte in unsere Überlegungen einzubeziehen. Ich halte die Sorge, bei einem Weg der kleinen Schritte das große Ziel aus den Augen zu verlieren für unberechtigt und denke eher, dass der Vorteil, viele Menschen abzuholen, überwiegt. **JOST:** Durchaus. Ich denke es ist ein wichtiger Punkt, dass wir auch Harm Reduction und Methoden für Harm Reduction diskutieren und im Alltag versuchen zu implementieren, um Tumorerkrankungen und -inzidenzen zu reduzieren. Laut WHO-Zahlen müssen wir mit einem Anstieg an neuen Tumorerkrankungen von mindestens 23 Prozent bis 2040 rechnen. Das heißt, dass alle Strukturen, die aktuell für die Versorgung von onkologischen Patienten zur Verfügung stehen, eigentlich um ein Viertel wachsen müssten. Das wird angesichts des bereits herrschenden latenten Personal Mangels schwierig zu bewerkstelligen sein. Prävention, aber auch Harm Reduction können hier einen unterstützenden Beitrag leisten.

PERISKOP: Das EP fordert Mitgliedsstaaten auf, für den kostenlosen Zugang zu Behandlungen und Arzneimitteln für Krebspatientinnen, -patienten durch ihre öffentlichen Gesundheitsdienste zu sorgen. Ist das in Österreich als gegeben zu betrachten oder herrscht auch heimischer Handlungsbedarf?

GNANT: Grundsätzlich denke ich, dass das bei uns gegeben ist. Wichtig ist aber zu verstehen, dass das keine Selbstverständlichkeit ist, sondern verteidigt werden muss, insbesondere gegen schleichende Erosionen. Konkret sehe ich hier zwei Gefahrenquellen: Erstens konnten wir beobachten, dass sich Systeme in der Anpassung auf Innovation, insbesondere wenn sie teuer ist, auch wehren können. Gerade PRAEVENIRE hat mit Diskussionsrunden etwa regionale Unterschiede der Versorgung und Patiententourismus wiederholt in den Fokus gerückt. Denn das sind Symptome solcher Resistenzen in unserem System. Und die zweite Form der schleichenden Erosion,

die ich schon das eine oder andere Mal beobachtet habe: Wir müssen darauf achten, dass — obwohl wir kein Primary Market für die Industrie sind — Innovation zeitgerecht nach Österreich kommt. Wenn wir nicht auch in der klinischen Forschung mit an der Spitze der Entwicklung dabei sind, ist das ungleich schwieriger und kann dazu führen, dass wir ein neues Medikament oder Medizinprodukt erst in der zweiten, dritten Welle erhalten. **JOST:** Grundsätzlich glaube ich, dass wir ein gutes Gesundheitssystem haben, in dem Sinne, dass wir die onkologischen Medikamente durch die Kassen bzw. die Krankenhausträger zur Verfügung haben. Daher glaube ich, dass hier eher ein Bedarf in Ländern gegeben ist, wo das Gesundheitssystem nicht dieselbe finanzielle Unterstützung erfährt, wie dies in Österreich der Fall ist.

PERISKOP: Das EP hat auch darauf hingewiesen, dass Europa dringend für ausreichend Fachkräfte in der onkologischen Versorgung sorgen muss. Gleichzeitig werden die Mitgliedsstaaten aufgefordert, Strategien zu entwickeln, die spezifische Präventivmaßnahmen gegen das Risiko eines Burn Outs von Fachkräften in der Krebsversorgung umfassen. Wie bewerten Sie die Lage in Österreich?

GNANT: Die Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten ist natürlich eine herausfordernde Aufgabe. In der Onkologie ist in einigen Fächern der Nachwuchsmangel bereits so dramatisch, dass zu befürchten steht, dass innerhalb der nächsten 10 Jahre in bestimmten Fächern nur noch die Hälfte der Fachkräfte zur Verfügung steht. Auch im Pflegebereich ist die Lage jetzt schon sehr besorgniserregend. Es gäbe hier die Möglichkeit, durch relativ einfache Maßnahmen eine Katastrophe noch hintanzuhalten: durch Entlastung von Ärztinnen und Ärzten und qualifizierter Pflege von Aufgaben, die nicht durch sie erledigt werden müssen, durch Bürokratieabbau und sinnvolle Nutzung von Digitalisierung. Da können wir uns an einigen europäischen Nachbarn sicherlich gute Wege abschauen. Aber eines muss klar sein: Nachwuchs in diesen komplexen Bereichen ist nicht auf Knopfdruck zu erhalten. Wenn es zu einem systemischen Mangel kommen sollte, dauert es aufgrund der langen Ausbildungsdauer ca. 10 Jahre, bis man das — bei allen Anstrengungen — lösen kann. Daher muss die Politik die Warnungen, die ja von vielen Seiten kommen, ernst nehmen und jetzt Gegenmaßnahmen ergreifen. **JOST:** Das Personal ist in der Tat knapp, das muss man klar sagen. Leider müssen wir erwarten, dass sich diese Entwicklung fortsetzt. Die Situation ist jetzt schon als dramatisch zu bezeichnen, in dem Sinne, dass wir durch den bereits immanent vorhandenen Pflege-mangel einen Versorgungsgengpass onkologischer Patienten erleben, auch an den Zentren. Das wiederum konterkariert die onkologische ärztliche Tätigkeit, da der Pflegemangel zur Sperrung von Betten, zu Reduktionen in den Ambulanzbereichen führt. Damit steigt auch die Gefahr, Patientinnen und Patienten nicht ausreichend zügig behandeln zu können. Und es führt natürlich zu stetig steigendem Druck für die Belegschaft. Ein Burn Out Präventionsprogramm kann hier nur ein Pflaster sein, das nicht die Ursache bekämpft. Was wir brauchen, sind mehr Ärztinnen und Ärzte, mehr Pflegekräfte in der Onkologie, um die alltäglichen Arbeitsbedingungen zu verbessern. Es braucht Strukturen, die es den engagierten Versorgern erlauben ihre Arbeit zu tun, ohne täglich an die Grenzen gehen zu müssen. **P**





PERFORMANCE



Hirngesundheit — eine Trias aus Entstigmatisierung, Prävention und Früherkennung

Demenzielle Erkrankungen stellen die Gesundheits- und Pflegesysteme vor soziale und ökonomische Herausforderungen. Im Rahmen der Brain Health Initiative lud PRAEVENIRE Expertinnen und Experten zur zweiten Diskussion über die **BEDEUTUNG VON BEWUSSTSEINSBILDUNG, ENTSTIGMATISIERUNG UND FRÜHERKENNUNG IM HINBLICK AUF DEMENZ- UND ALZHEIMERERKRANKUNGEN**. Fokus und Grundgedanke lagen auf einer ganzheitlichen Wahrnehmung der Betroffenen und deren Familien. | von Lisa Türk, BA

Laut Österreichischer Alzheimer Gesellschaft (ÖAG) sind in Österreich aktuell etwa 140.000 Menschen von einer demenziellen Erkrankung betroffen. Bis zum Jahr 2050 ist von einer Zunahme auf bis zu 260.000 Erkrankungsfälle auszugehen. Auch auf internationaler Ebene bestätigen die erwarteten Entwicklungen die zunehmende Brisanz der Demenz-Thematik. So schätzte Alzheimer's Disease International (ADI) im Jahr 2019 die Zahl der betroffenen Personen weltweit auf über 50 Millionen — mit einem prognostizierten Anstieg auf 152 Millionen bis zum Jahr 2050. Abgesehen von den persönlichen Schicksalen der Betroffenen sind demenzielle Erkrankungen in überalternden Gesellschaften mit enormen sozialen sowie volkswirtschaftlichen Belastungen für die Gesundheitssysteme verbunden.

Prävention als Schlüsselement

Ausgehend von diesen Entwicklungen hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2019 weltweit alle Länder dazu aufgerufen, national angepasste Konzepte zur Verbesserung der Gehirngesundheit zu entwickeln. Dieser Aufruf zur (Re-)Aktion und Prävention folgte den Ergebnissen der FINGER-Studie (Finnish Geriatric Intervention Study to prevent Cognitive Impairment and Disability von Tiia Ngando et al, 2015), im Zuge derer sich Forscherinnen und Forscher damit befassten, inwieweit demenzielle Erkrankungen durch kulturangepasste Präventionsmaßnahmen und eine Verbesserung der Gesundheitskompetenz den kognitiven Abbauprozess auf ein höheres Lebensalter hinauszögern können. Demenz und Alzheimer sind laut derzeitigem Wissenschaftsstand zwar nicht heilbar, allerdings sind bis zu 40 Prozent des Erkrankungsrisikos durch Lebensstilfaktoren beeinflussbar.

Notwendigkeit von Disease Education

Besonders relevant sind hier die Ergebnisse des World Alzheimer Report aus dem Jahr 2019. Die seitens ADI in 155 Ländern angelegte Befragung, bei der 70.000 Personen teilnahmen, ergab, dass 95 Prozent der Befragten Angst davor haben, im Laufe ihres Lebens eine demenzielle Erkrankung zu entwickeln. Dagegen steht die Überzeugung, nichts gegen die Erkrankung, die zwei von drei Befragten als schicksalhaft wahrnehmen, unternehmen zu können. „All diese Gegebenheiten verdeutlichen die dringende Notwendigkeit von Aufklärungs- und Präventionsarbeit. 75 Prozent der weltweit von demenziellen Erkrankungen Betroffenen haben laut ADI keine medizinische Diagnose. Die genannte Angst, das mangelnde Wissen in puncto Präventionsmöglichkeiten und auch die Stigmatisierung des gesamten Krankheitsbildes verhindern in vielen Fällen die ärztliche Konsultation, die Früherkennung und somit zeitgerechte Diagnose“, gab Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer, stellvertretende Dekanin der Fakultät für Gesundheit und Medizin, stellvertretende Leiterin des Departments für Klinische Neurowissenschaften und Präventionsmedizin sowie Leiterin des Zentrums für Demenzstudien der Donauuniversität Krems, im Zuge ihres Impulsstatements zu bedenken. „Durch alters-, zielgruppen- und kulturangepasste Steigerung der Health Literacy können wir demenzielle Erkrankungen um fünf bis zehn Jahre hinauszögern, die degenerative Demenzform im Optimalfall verhindern und somit die Lebensqualität von Betroffenen über viele Jahre hinweg verbessern“, ergänzte Univ.-Prof. Dr. Peter Dal-Bianco, Präsident der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft (ÖAG).

Diskussions- teilnehmende vor Ort

- (in alphabetischer Reihenfolge)
- Johannes Pleiner-Duxneuner
 - Bissierka Weber

Sonderbeilage Die Presse, Erscheinungstermin 02. April 2022



Wissenschaft und Praxis verbinden

Im Hinblick auf die gesunden Lebensjahre liegt Österreich generell unter dem europäischen Mittelwert; nur durchschnittlich 57 Lebensjahre erreichen Österreicherinnen und Österreicher bei voller Gesundheit. „Wir müssen vor allem Prävention und die Vermittlung von Gesundheitskompetenz in der nationalen Demenzstrategie stärken und kulturadäquate, niederschwellige Konzepte hierfür erarbeiten“, so Auer. Dabei sei die Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse wesentlich, Forschung und Praxis seien miteinander zu verbinden, um letztlich eine



Umgebung zu schaffen, in welcher sich hochqualifizierte und evidenzbasierte Forschung zum Thema Hirngesundheit entwickeln kann und Erkenntnisse rasch in die Praxis umgesetzt werden. Auer appelliert an die Politik, ein klares Statement in Richtung Betonung der Bedeutung von Wissenschaft im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen zu setzen. Insbesondere sei es wesentlich, bereits junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler für diese Thematik zu begeistern und ihnen Raum und finanzielle Ressourcen, etwa im Zuge der Etablierung eines eigenen Demenz-spezifischen Forschungsfonds, zur Weiterentwicklung zu bieten. Wettbewerbsorientierung sei deplatziert, vielmehr sei die internationale und transdisziplinäre Vernetzung stärker in den Fokus zu rücken — um im gemeinsamen Diskurs voneinander zu profitieren, Best Practice-Modelle zu übernehmen und zugunsten der Bedürfnisse von Betroffenen an einem Strang zu ziehen. „Entstigmatisierung, Prävention und Früherkennung bilden ein Räderwerk, dessen Zahnräder ineinander greifen. Es braucht gemeinsame, kreative, kulturadäquate und niederschwellige Ansätze“, betont Auer.



Es braucht ein Reframing der Demenz-Thematik – weg von der negativ konnotierten Erkrankungszentriertheit hin zum positiven Konzept der „Hirngesundheit“.

Arno Melitopoulos

Initiativen zur Bewusstseinsbildung

Zugunsten der sozial breitgefächerten Awareness-Multiplikation und Entstigmatisierung ist, so Auer, zudem der praktische Umgang mit demenziell Erkrankten im Rahmen von Initiativen und Projekten in allen Berufsgruppen der Bevölkerung zu thematisieren. So hat etwa die Donau-Universität Krems das Projekt „Einsatz Demenz“, ein Schulungsprogramm für Polizistinnen und Polizisten zur Demenz-Thematik ins Leben gerufen. Im Zuge der Initiative „Demenz Aktivgemeinde“ können sich Gemeinden und Städte für eine Zertifizierung als demenzkompetente Gemeinde bewerben. Im Rahmen des oberösterreichischen Projekts „Ges.und“ werden Gesundheitsförderung und Prävention im Oberen Mühlviertel gefördert. Für Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner im Primärversorgungszentrum Hausarzt Medizin Plus in Haslach, das Partner des „Ges.und“-Projekts ist, hat insbesondere die Primärversorgung das Potenzial, Demenzsymptome frühzeitig zu erkennen. „Als Hausärztinnen, Hausärzte betreuen wir die Menschen über viele Jahre hinweg. In der Interaktion merken wir beginnende Anzeichen einer Demenz bereits frühzeitig. Folglich können wir die entsprechenden Schritte rechtzeitig in die Wege leiten — stets unter Miteinbezug der Patientinnen und Patienten.“ Rebhandl fordert im Hinblick auf die Demenz und die oftmals damit einhergehenden Komorbiditäten die Etablierung zusätzlicher Primärversorgungseinheiten in Österreich, um Prävention, Früherkennung und Langzeitbetreuung in multiprofessioneller Form zu bündeln und niederschwellig sowie wohnortnahe zugänglich zu machen. „Hierfür benötigen wir eine Versorgungsforschung und entsprechende Finanzierung seitens der Gesundheitspolitik“, urgiert er.

Online teilnehmende Sprecherinnen und Sprecher

- (v.o.n.u.)
- Stefanie Auer
 - Peter Dal-Bianco
 - Josef Marksteiner
 - Arno Melitopoulos
 - Erwin Rebhandl



Paradigmenwechsel erforderlich

Laut Dr. Arno Melitopoulos, Leiter des Fachbereichs Versorgungsmanagement 3 der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), ist im Rahmen der bereits zahlreich existierenden Konzepte, Strategien und Ansätze eine Art „Roadmap zum Thema der integrierten Demenzversorgung“ notwendig, um erfolgreiche Projekte auch österreichweit auszurollen und in die Regelversorgung überzuführen. Zudem sei laut Melitopoulos ein Reframing der gesamten Thematik nötig — weg von der negativ konnotierten Erkrankungszentriertheit hin zum positiven Konzept der „Hirngesundheit“ und all den Chancen und Handlungsmöglichkeiten, die damit verbunden sind. „Die Menschen müssen verstehen, dass das Gehirn ein Organ ist, das sie ihr Leben lang pflegen müssen. Dieses Bewusstsein ist eine wichtige Voraussetzung, damit die Bevölkerung diesbezügliche Angebote besser annimmt.“ Dal-Bianco ergänzt, wie wichtig bei allen Initiativen Fingerspitzengefühl sei, damit sich an Demenz Erkrankte aller Generationen und Kulturen in der Gesellschaft akzeptiert und wertgeschätzt fühlen. „Wir müssen mit Demenzpatientinnen und -patienten sprechen, nicht nur über sie. Hierfür müssen wir wissenschaftliche Botschaften in Bildern und einfach erfassbarer Sprache kommunizieren.“

Datennutzung, Projektevaluierung und Berechenbarkeit

„Dass Prävention wirkt, ist Fakt“, so Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie am Landeskrankenhaus Hall in Tirol. Für eine effektive Implementierung von Präventionsmaßnahmen sei die Schaffung von Strukturen nötig. „Für die Entscheidung über die Finanzierung oder Weiterführung von Projekten und Initiativen brauchen wir klar definierte Kriterien und messbare Ziele. Es muss eine Strategie mit eindeutigen Eckpunkten und Parametern formuliert sein, um Berechenbarkeit zu gewährleisten. Erfolgreiche Projekte, die aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht weiterbestehen, führen zu Frust“, betont Marksteiner. Die Evaluierung von Projekten und Initiativen ist für Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuner, Chapter Lead Innovation to Business und langjähriger Medical Director bei

Roche Austria GmbH, eng mit der Erhebung und Sammlung von Daten verbunden. „Wir haben es mit der Trias der Hirngesundheit zu tun: Entstigmatisierung der Demenz, Risikoprävention und Früherkennung“, so Pleiner-Duxneuner. Um zu eruieren, ob und inwiefern Interventionsmaßnahmen greifen, sei eine begleitende Evaluierung auf Basis tauglicher, nicht zu komplexer Daten wesentlich. Hierfür kann ein kompakt gehaltenes Demenz-Qualitätsregister, wie es momentan im Nationalrat diskutiert wird, die Basis bilden.

Wir müssen von Demenz Betroffene individuell wahrnehmen, wertschätzen und in die Mitte der Gesellschaft holen.

Bissierka Weber

Ganzheitlichkeit im Fokus des Registers

Laut MMag. Dr. Bissierka Weber, Leiterin der Abteilung für Pflegepersonal, Qualitätssicherung und Demenzstrategie im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, sei ein solches Register bereits in Planung. „Unsere Demenzstrategie wurde im Jahr 2015 im Auftrag des Sozialministeriums entwickelt. Jetzt gilt es, zum Wohle der Menschen weiter daran zu arbeiten und neue zukunftsweisende Elemente zu verankern. Evaluierung, langfristiges Projekt-Monitoring sowie eine transparente Präsentation und Bewertung von Initiativen entlang klar definierter Erfolgskriterien sind zentrale Bausteine der Strategie.“ Ein besonderes Anliegen ist Weber die Wahrnehmung, Akzeptanz und Wertschätzung von Demenz- oder Alzheimer-Erkrankten in ihrer jeweiligen Individualität. Nur so könne der Tatsache Rechnung getragen werden, dass Demenz viele Gesichter habe. „Es ist nicht nur die Kognition, die einen Menschen ausmacht. Es sind seine Kompetenzen, sozialen Ressourcen und Gefühle“, so Weber. Dieses Bewusstsein und die entsprechende Entstigmatisierung werden eine positive Entwicklung in Richtung früher Diagnostik sowie individueller und gesamtgesellschaftlicher Entlastung ermöglichen. P

Mit der Kraft des Immunsystems Krebs besiegen

Die IMMUNOTHERAPIE REVOLUTIONIERT DIE KREBSBEHANDLUNG und erhöht die Überlebensrate bei vielen Karzinomen. PERISKOP sprach mit Univ.-Prof. Dr. Manuela Schmidinger, der Leiterin der Nierenzellkarzinomambulanz am AKH Wien, über die Auswirkungen dieser Therapieformen im klinischen Alltag und die Möglichkeiten des weiteren Ausbaus der klinischen Forschung in Österreich. | von Rainald Edel, MBA

Für Onkologinnen und Onkologen stellt das menschliche Immunsystem die schärfste und zugleich nachhaltigste Waffe gegen Krebserkrankungen und deren Wiederaufflammen dar.

PERISKOP: Wie hat die Immunologie den klinischen Alltag in den letzten Jahren verändert? Was bedeutet dies für Krebspatientinnen und Krebspatienten sowie deren Angehörige in Österreich?

SCHMIDINGER: Mit der Einführung der neuen Immuntherapien hat sich die Situation für die Betroffenen erheblich verändert. Diese neuen Therapien wirken bei sehr vielen soliden Tumoren, unter anderem bei Nierenkrebs aber auch bei Hautkrebs. Diese Erkrankungen waren zuvor tödlich. Sie sind zwar noch immer nicht heilbar, aber die Zahl jener Patientinnen und Patienten, die in eine komplette Remission gehen und bei welchen radiologisch kein Tumor mehr nachweisbar ist, steigt. Das ist ein Fortschritt, den wir in der Medizin seit Jahrzehnten nicht mehr gesehen haben. Die Immuntherapie wirkt nicht direkt auf den Tumor, sondern ermöglicht nur den körpereigenen Abwehrzellen, den Tumor anzugreifen und nachhaltig zu vernichten. Daher ist diese Therapieform mit bisherigen Methoden wie der Chemotherapie nicht vergleichbar.

Welche Erfahrungen haben Sie in der Praxis gesammelt und welche Herausforderungen sind in der Zukunft zu meistern/bewältigen?

Die Erfahrungen mit den neuen Immuntherapien sind großartig, da wir viel mehr Patientinnen und Patienten helfen können. Zugleich eröffnen sich für die Betroffenen völlig neue Perspektiven, denn erstmals können sie Zukunftspläne fassen und langfristig denken. Das sind nie dagewesene Fortschritte. Das Entscheidende wird sein, dass wirklich jede Patientin, jeder Patient von diesen neuen Therapien profitiert. Das ist derzeit noch nicht der Fall. Wir haben Personen, die sensationell auf diese Therapien ansprechen, andere, von der gleichen Tumorerkrankung Betroffene sprechen allerdings nicht darauf an. Wir müssen herausfinden, wie der



Tumor in diesen Fällen dem Immunsystem entkommt. Zudem bieten nicht alle Tumorentitäten dem Immunsystem auf die gleiche Art die Stirn. In manchen Fällen ist der Prozess relativ einfach und lässt sich durch die neuen Immuntherapien umgehen. Andere Tumorzellen benötigen völlig andere, oftmals noch nicht bekannte Methoden, um dem Immunsystem zu entgehen.

Welche Auswirkungen haben innovative Immuntherapien kurz-/langfristig auf das österreichische Gesundheitssystem?

Diese Therapien sind relativ teuer, da auch deren Entwicklungskosten hoch sind. Das wird das Gesundheitssystem zweifellos finanziell belasten. Allerdings sollte man nicht vergessen, dass, wenn die Therapie wirkt und eine komplette Remission erreicht werden kann, keine weiteren Therapiekosten anfallen. Stattdessen entstehen bei jenen Personen, die wieder in den Arbeitsprozess zurückkehren, auch wieder Einnahmen für das System.

Manuela Schmidinger leitet das Forschungsprogramm im Bereich Nierenzellkarzinom (RCC) an der MedUni Wien sowie die Nierenzellkarzinomambulanz am AKH Wien



In welchen Behandlungsstadien kommen immunonkologische Präparate derzeit zum Einsatz? In welchen Bereichen sehen Sie den größtmöglichen Outcome/Vorteil für Patientinnen und Patienten?

Der Großteil der Patientinnen und Patienten wird derzeit noch im Metastasen-Stadium behandelt. Allerdings hält die Immuntherapie bei den ersten Tumorentitäten bereits Einzug in der Vorbeugung — wenn die Patientin, der Patient an seinem Ursprungstumor bereits operiert wurde und das Rückfallrisiko hoch ist. Dann setzt man diese Therapien vorbeugend ein — in der Hoffnung, dass es nicht zu einer Metastasierung oder einem Rezidiv kommt. Dennoch hat auch die klassische Chemotherapie nach wie vor bedeutende Vorteile. In manchen Fällen ist ihre Berechtigung, da in manchen Fällen erst durch deren Einsatz Oberflächenmarker von Tumorzellen für die relevanten immunologischen Abwehrzellen besser sichtbar werden. Der größtmögliche Outcome für die Patientinnen und Patienten ist die nachhaltige Wirkung der Immuntherapie. Da nicht nur die körpereigenen Abwehrzellen einen Tumor besser angreifen können, sondern durch die Memory-Funktion auch die Wirkung länger anhält. Das sieht man zum Beispiel bei jenen Erkrankten, die eine Therapie wegen Nebenwirkungen abbrechen müssen — hier kann man beobachten, dass der Resttumor dennoch binnen Monaten nicht mehr nachweisbar ist.

Welche zukünftigen Einsatzfelder und Entwicklungen in der Immunonkologie sehen Sie?

Wie schon zuvor angesprochen, dass man sie bei mehr Tumorentitäten früher einsetzen und so eines Tages die Metastasierung gänzlich verhindern kann. Auf diese Weise konnte beispielsweise bei Nierenkrebs nachgewiesen werden, dass die vorbeugende Gabe einer Immuntherapie — ohne weitere Therapien — das rückfallfreie Überleben deutlich verlängert. Weitere Optionen — abgesehen vom Frühstadium — sind, dass man in der Kombination von Immuntherapien mit anderen Medikamenten sogenannte Tumor-Escape-Mechanismen verhindern kann.

© LUDWIG SCHEDEL



Manuela Schmidinger tritt für eine offensivere Berichterstattung über klinische Forschung und Studien ein, die auch breite Bevölkerungsschichten erreicht

Trotz aller bisherigen Erfolge gibt es Tumorentitäten, die gar nicht ansprechen — sogenannte „immune deserts“. Darunter versteht man das Phänomen, dass keine Abwehrzellen den Tumor wahrgenommen haben. Mit der Immuntherapie kann man nur Tumorzellen adressieren, auf die das Immunsystem schon von sich aus eine Reaktion gezeigt hat — fehlt diese, kann auch die Immuntherapie nicht helfen.

Welche Rolle spielen klinische Studien für Ihr Zentrum und für den Gesundheitsstandort Österreich insgesamt?

Nur durch klinische Studien hat man die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten frühzeitig potenziell herausragende Therapien anzubieten, die sonst erst Jahre später in der Regelversorgung zur Verfügung stünden. Österreich übernimmt von der EMA zugelassene Therapien sehr rasch — es gibt kein anderes Land in Europa, das derart großzügig erstatet. Klinische Forschung ist auch für das medizinische Personal wichtig, da man durch die Teilnahme daran einen anderen Zugang zu Therapieoptionen hat und lernt, Studienergebnisse besser zu interpretieren. Zudem steigt mit der Teilnahme an Studien auch die internationale Visibility und damit die Chance, bei weiteren Studien berücksichtigt zu werden.

Wie aufgeschlossen sind Patientinnen und Patienten in Österreich, an Studien teilzunehmen?

Leider eher wenig. Die Standard-Patientin und der -Patient ist eher skeptisch. Es fehlt die

entsprechende Kommunikation über Studien aber auch die Transparenz, wo welche Studien gerade laufen. Das macht es in kleineren Krankenhäusern oder auch in der extramuralen Versorgung schwierig, für Patientinnen und Patienten relevante Studien zu finden. Ganz anders ist das beispielsweise in Amerika, wo Betroffene und deren Angehörige aktiv nach Studien suchen. So findet man beispielsweise in den Werbeblöcken amerikanischer Fernsehsender viele Spots von Studienzentren, die offensiv ihre laufenden Studien bewerben.

Die Immuntherapie stellt einen Fortschritt dar, den wir in der Medizin seit Jahrzehnten nicht mehr gesehen haben.

Manuela Schmidinger

Welche Voraussetzungen sind notwendig, um österreichische Patientinnen und Patienten in Studien einschleusen zu können? In manchen Fällen ist es gar nicht so einfach, Personen zu finden, die den Anforderungen des Studiendesigns entsprechen. So reicht beispielsweise die dauerhafte Einnahme eines Blutverdünnungsmedikaments in voller Dosierung wegen Herzrhythmusstörungen und diese Person wird aus Sicherheitsgründen von der Teilnahme ausgeschlossen, obwohl sie sonst fit wäre und gut in das Studienschema passen würde.

Die Studiensponsoren sind auf größtmögliche Sicherheit bedacht, da das schlimmste Szenario eine Übersterblichkeit oder das Auftreten von hohen Nebenwirkungen wäre. Dann ist auch die Zulassung gefährdet. Daher wird bei der Auswahl von Studienteilnehmenden eher restriktiv vorgegangen.

Sind Veränderungen auf der Ebene der Klinik/Zuweisung/Patientinnen bzw. Patienten nötig, um die Teilnahme an Studien zu verbessern? Wie kann man Studienergebnisse für die Allgemeinheit verständlich und besser aufbereiten?

Es wird momentan punktuell schon etwas getan, aber in Summe liegt die Kommunikation über Studien unter dem Wahrnehmungsradar der Bevölkerung. Wirklich wirksam wären ähnliche Konzepte wie in Amerika, wo an

prominenten Sendeplätzen im TV kurz über Krankheiten gesprochen wird und ein Hinweis folgt, wohin man sich wenden kann. Ebenso müsste Kommunikation in den aufgabenstärksten Tageszeitungen erfolgen. Denn wenn eine Person selbst oder jemand in deren Umfeld mit einer bestimmten Krankheit konfrontiert ist, wird man hellhörig.

Welchen Beitrag liefert Österreich in der klinischen Forschung und wie kann die Attraktivität Österreichs und deren Kliniken für die Durchführung internationaler Studien weiter verbessert werden?

Österreichische Kliniken kommen meist dann zum Zug, wenn die leitende Person international bekannt ist. Das setzt ein hohes persönliches Engagement und intensive wissenschaftliche Arbeit voraus. Dafür ist aber auch entsprechend Geld nötig, das vom Bund kommen muss. Allerdings sind Forschung und Entwicklung nicht ausreichend dotiert. Die Trägerorganisationen von Krankenhäusern haben längst erkannt, dass Studien auch durchaus ein Geschäft sein können, die Sozialversicherungen hingegen gar nicht. Es gibt drei Gründe, weshalb man als Zentrum für Studien attraktiv ist: entweder weil man über ein großes Patientenkollektiv verfügt — das haben wir im Vergleich zu anderen Ländern nicht. Oder weil der Investigator so bekannt ist, dass man unbedingt mit dieser Person arbeiten will. Und der dritte Punkt beruht auf dem Wissen, dass man von einem bestimmten Zentrum ganz verlässliche Daten bekommt. Eine gute Studiendokumentation ist allerdings wiederum eine Budgetfrage, da man dazu zusätzliches Personal benötigt, wie Study-Nurses, Studienkoordinatoren oder Administrativkräfte. Diese sind derzeit nicht so zahlreich am Markt verfügbar. Auch der Bekanntheitsgrad dieser Berufsbilder ist eine Frage der Kommunikation.

Wir müssen erreichen, dass künftig jede Patientin, jeder Patient von diesen neuen Therapien profitiert.

Manuela Schmidinger

Wie beurteilen Sie die Bereitschaft, nachhaltig in Innovationen innerhalb des österreichischen Gesundheitssystems im Sinne der Patientinnen und Patienten zu investieren (intramural/extramural)?

Das Gesundheitssystem ist per se gut, aber wie zuvor schon angesprochen, wird nicht genügend in Forschung und Entwicklung investiert — vor allem nicht in Relation dazu, wofür Österreich sonst Geld in die Hand nimmt. Es ist nur schwer verständlich, weshalb Kunst in diesem hohen Ausmaß gesponsert wird, Forschung im Gesundheitsbereich jedoch nicht. Ich glaube, wir brauchen hier ein gesellschaftliches Umdenken.

In welchen Handlungsbereichen sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Ich denke, es ist nötig, dass die Ärzte- und Patientenorganisationen gemeinsam für die Sache eintreten. Die Pharmaindustrie produziert für ihre Werbematerialien aufwändige und schöne Bilder, allerdings bekommt diese nur ein exklusiver Kreis von Ärztinnen und Ärzten zu Gesicht. Dabei wären sie durchaus dazu geeignet, zu vermitteln, dass man sich für eine Erkrankung nicht schämen muss, sondern dass dies Teil unseres Lebens ist. P



© LUDWIG SCHEDEL



PIONIERE



Pandemie als erster Streich

LEAD Horizon hat seit Jänner 2021 mit den PCR-Tests auf SARS-COV-2-Infektionen im Rahmen des „Alles gurgelt“-Programms in Wien für Schlagzeilen gesorgt. Zentraler Bestandteil ist die digitale Abwicklung. Doch die COVID-19-Pandemie soll nur der erste Streich sein. **MAN ARBEITET BEREITS AN PCR- UND ANDEREN TESTS IM BEREICH VERSCHIEDENER VOLKSKRANKHEITEN**, erklärte jetzt Angela Hengsberger, BSc, Prokuristin des Unternehmens. | von Wolfgang Wagner

stadt anerkennt — ausgesprochen erfolgreich ab. Die Managerin: „Wir haben sicherlich das Ziel erreicht, der Stadt Wien zu helfen, die Pandemie besser in den Griff zu bekommen. Gleichzeitig wurden die medizinischen Ressourcen definitiv geschont. Für den Gurgeltest braucht man keine Ärztin, keinen Arzt, die oder der bei einem Abstrich unterstützt. Wir haben mit einer digitalen Lösung den Mehrwert geschaffen, dass Daten in Echtzeit vom end user ins Labor gelangen und auch wieder umgekehrt zurückkommen, sobald das Ergebnis vorhanden ist.“ Das System: flächendeckend und sehr gut funktionierend, wie allseits betont wird. Freilich, ganz einfach war die Sache nicht. Zwar steht das von LEAD Horizon entwickelte und

Österreich. Er ist sicher die größte Herausforderung im digitalen Gesundheitsmarkt. Auf der anderen Seite muss man es auch schaffen, ein Produkt zu entwickeln, das überhaupt für den Markt geeignet ist. Wir sprechen hier von einer Innovation — diese definiert sich durch Invention (Erfindung) und Markterfolg. Ich kann die beste Idee haben, wird sie nicht vom Markt angenommen, wird sie es auch nicht bis zu einer Innovation schaffen“, erklärte die Managerin. Das überragende Ziel: Ein System zu schaffen, das es einer möglichst breiten Personengruppe erlaubt, an dem Testprogramm von „Alles gurgelt!“ einfachst teilzunehmen. „Die jüngste Gurglerin war zweieinhalb, die älteste 98 Jahre alt“, sagte Hengsberger. Die Spanne sei eben sehr, sehr breit. Deshalb gebe es „Alles gurgelt!“ auch in den Kindergärten und Volksschulen. Entscheidend: ein System, das möglichst intuitiv handhabbar ist und somit zum Erfolg führt. Das gehe soweit, dass sich User gegenseitig „matchen“ würden, den COVID-19-Test möglichst schnell durchzuführen. „Die Lösung bringt zudem mit sich, dass Infektionsketten unterbrochen werden.“

Für die Benutzerin, den Benutzer der Selbst-Test-Kits ist das „blaue Packerl“ der entscheidende Punkt. Doch dahinter verbirgt sich viel an Leistung und Organisation. „Das blaue Packerl ist nicht die Innovation. Sondern das, was man herzeigen kann. Der Mehrwert steckt in der digitalen Komponente. Das ist auch der Teil, in den wir unsere meiste Arbeit stecken. Seitdem es das System gibt, es war der 3. Juli 2020, als es live ging, haben wir zweimal wöchentlich neue ‚Releases‘. Diese werden nicht immer von Benutzerinnen und Benutzern bemerkt. Es erfolgt eine ständige Weiterentwicklung“, sagte die Managerin. „Unsere digitale Plattform steht hinter dem größten Testprogramm Österreichs und sie muss auch auf Lastspitzen vorbereitet sein, zum Beispiel auf die Schultestungen. Wir haben Expertinnen, Experten, die wir in die Weiterentwicklung des Systems einbinden. Wir haben eine Zuverlässigkeit von 99,2 Prozent.

Es ist definitiv unser Ziel, dass wir uns in der Zukunft in der Prävention von Volkskrankheiten engagieren.

Angela Hengsberger

zum Patent angemeldete Selbst-Test-Set zur Untersuchung auf eine COVID-19-Infektion seit Ende März 2021 nicht nur Wienerinnen und Wienern, sondern auch Menschen in anderen Ländern zur Verfügung, der Weg bis dorthin war allerdings aufwendig. Hengsberger: „Jede und jeder, die oder der im Digitalbereich tätig ist, weiß, dass der Datenschutz das größte Damoklesschwert ist, das über allem schwebt. Wir haben den Datenschutz von Anfang an mit eingebunden. Das kann eine Hürde sein, wenn man nicht gut vorbereitet ist. Wir haben es geschafft, Datenschutzthemen so zu lösen, dass vor allem die Interessen des Users geschützt sind und gleichzeitig ein Testschema wie in Wien möglich ist.“

Jüngste „Gurglerin“: 2,5 Jahre alt

Erfolgreich war man mit diesem Ansatz nicht nur in Österreich. Auch in Deutschland wurde diese Hürde genommen. „Dort ist der Datenschutz mindestens genauso heikel wie in

In unserer Vision ist das physische Produkt das kleinste, hat aber natürlich auch seinen Stellenwert.“ Ausfallsicherheit wird groß geschrieben. So werden zum Beispiel keine Komponenten aus Ländern wie China verwendet. Ein Großteil komme aus Deutschland und Österreich.

LEAD Horizon ist laut Angela Hengsberger längst dabei, sich auf ständig ändernde Rahmenbedingungen einzustellen.

Es ist definitiv unser Ziel, dass wir uns in die Prävention der Volkskrankheiten begeben. Wir werden, wo es möglich ist, die PCR nutzen. Wo das nicht möglich ist, werden wir andere geeignete Tools verwenden.

Angela Hengsberger

PCR — in Österreichs Öffentlichkeit erst jetzt bekannt

Dabei hat „Alles gurgelt!“ mit LEAD Horizon es eindeutig geschafft, das Verfahren der Polymerase-Kettenreaktion (Polymerase Chain Reaction — PCR) für Millionen Österreicherinnen, Österreicher und die Benutzerinnen und Benutzer anderswo zu einem Begriff zu machen. Bereits 1983 hat der US-Biochemiker Kary Mullis dieses Verfahren entwickelt. Zehn Jahre später erhielt er dafür den Nobelpreis. Doch die breite Öffentlichkeit wusste über diese Labormethode kaum Bescheid.

Die Managerin: „Der PCR-Test hatte vor der Pandemie keinen derart großen Bekanntheitsgrad wie heute. Die Pandemie hat dessen Bekanntheit und Bedeutung sicher gesteigert. Die Menschen verlassen sich darauf, dass sie ein Ergebnis bekommen, das dem Goldstandard entspricht. Wir wissen, dass die PCR-Tests wesentlich verlässlicher sind als die Antigen-Tests. Darauf verlassen sich auch die Menschen.“ So könnte es durchaus sein, dass man in Zukunft nicht mehr in ein Flugzeug ohne vorherige Testung mit negativem Ergebnis steigen werde können. Die Etablierung

LEAD Horizon will sich künftig mit so genannten Volkskrankheiten beschäftigen und so einen weiteren Beitrag zur Gesundheit der österreichischen Bevölkerung leisten.



von „Alles gurgelt!“ mit dem PCR-Selbst-Test-Kit in Österreich ist jedenfalls ein unerhörter Erfolg. „Deutschland beneidet uns. In ganz Deutschland werden nicht so viele PCR-Tests durchgeführt wie in Wien allein“, erklärte die Managerin.

Neue Anwendungsgebiete

Mit dem Nachlassen der Omikron-Welle ergibt sich teils eine neue Situation. Immer stärkere Lockerungen der Basismaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 lassen die Bevölkerung den Schritt zurück von der Pandemie hin zum normalen Leben erkennen. LEAD Horizon ist laut Angela Hengsberger längst dabei, sich auf geänderte bzw. sich ständig ändernde Rahmenbedingungen einzustellen. „Im ‚pandemischen Bereich‘ werden wir uns ganz klar darauf fokussieren, das bestehende Testsystem bei erneutem Bedarf wieder möglichst schnell zur Verfügung zu stellen. Wir trachten danach, dass es schneller wieder hochgefahren werden kann als in der Vergangenheit. Darüber hinaus werden wir auch im pandemischen Markt neue Produkte etablieren. In Entwicklung ist bereits ein Lollipop-PCR-Test.“ Doch die COVID-19-Pandemie ist noch längst nicht alles. „Wir arbeiten

auch im nicht-pandemischen Bereich und beschäftigen uns bereits mit den gängigen Volkskrankheiten. Wir wollen einen Beitrag zur Gesundheit der Österreicherinnen und Österreicher leisten, indem Krankheiten früher erkannt, früher diagnostiziert und früher therapiert werden. Das erspart auch Kosten. Das gilt natürlich nicht nur für Österreich. Wir wollen definitiv einen Meilenstein im Management und der Prävention von sogenannten Volkskrankheiten setzen“, kündigte die Managerin an.

„Das kann bereits ab der Geburt gedacht werden. Der Mutter-Kind-Pass funktioniert zum Beispiel nach wie vor analog. De facto kann man die Vorsorgelösungen bereits viel früher ansetzen. In Wahrheit sind wir kein auf Diagnose spezialisiertes Unternehmen, sondern wir unterstützen die Menschen — zum Beispiel in ‚Better Ageing‘-Bemühungen. Es geht nicht darum, zum Zeitpunkt einer bereits eingetretenen Erkrankung eine Diagnose zu stellen. Wir wollen den Menschen ermöglichen, ihre Gesundheit besser unter Kontrolle zu haben. Wir ermöglichen damit der Volkswirtschaft, den Schaden schon vorweg abzuwenden. Wenn nur 10 Prozent der Menschen in Österreich gesünder leben, die notwendige Anzahl von Schritten pro Tag absolvieren, weniger rauchen, weniger Alkohol trinken, dann sind das im Jahr schon Einsparungen von 180 Millionen Euro, wie Berechnungen ergeben haben“, sagte Angela Hengsberger.

Die von LEAD Horizon entwickelten Selbst-Test-Sets wurden jedenfalls von der österreichischen Bevölkerung sehr gut angenommen. Die Frage ist, ob die PCR-Tests auch im Zuge der zukünftigen Aktivitäten des Unternehmens eine derart große Rolle spielen werden. Hengsberger: „Wir werden die PCR ganz sicher dort einsetzen, wo es weiterhin Sinn in der Diagnostik von Erkrankungen macht. Dort sind die Tests als Goldstandard eine sehr gute Basis. Darüber hinaus ist die digitale Komponente solcher Tests nicht mehr wegzudenken. Sie steckt auch quasi in unserer DNA. Wir haben das ja mit den PCR-Tests auf COVID-19 vorgemacht. Wir ersparen den Menschen den Weg in das Labor. Die Menschen wachen in der Früh auf, putzen sich die Zähne, gurgeln und haben das Ergebnis am nächsten Tag in der Früh. Und das läuft in möglichst vielen Sprachen und einfach ab.“

Fazit, so die Managerin: „Es ist definitiv unser Ziel, dass wir uns in die Prävention der Volkskrankheiten begeben. Wir werden, wo es möglich ist, die PCR-Testungen nutzen. Wo das nicht möglich ist, werden wir andere geeignete Tools verwenden.“



Priority | Folge 6

Österreichs Onkologie-Forschung im Mittelpunkt – CheckMate-274

Adjuvante Immuntherapie verbessert krankheitsfreies Überleben von Hochrisikopatientinnen und -patienten mit Blasenkrebs.



Mehr als 50 Prozent der Patientinnen und Patienten mit einem invasiven Blasenkarzinom, das in die Muscularis propria-Gewebeschicht eingewachsen ist oder lokale Lymphknoten befallen hat, erleiden trotz radikaler Operation mit Entfernung der Harnblase bzw. mit oder ohne gleichzeitiger Entfernung einer Niere sowie des Harnleiters einen Rückfall. Eine Immuntherapie verbessert die krankheitsfreien Überlebenschancen der Betroffenen signifikant. Das hat eine klinische Untersuchung mit österreichischer Beteiligung ergeben. Die sogenannte CheckMate-274-Studie ist vergangenes Jahr im New England Journal of Medicine erschienen. Beteiligt daran war als einer der Co-Autorinnen und Co-Autoren auch Univ.-Prof. Dr. Shahrokh F. Shariat, Leiter der Universitätsklinik für Urologie der Medizinischen Universität Wien (AKH). Es handelte sich um eine klinische Untersuchung der Phase III auf Wirksamkeit und Verträglichkeit,



Wolfgang Wagner
Gesundheitsjournalist

um den Effekt einer adjuvanten, also nach der Operation erfolgenden Immuntherapie zu bestimmen. Die klinische Studie wurde doppelt verblindet, randomisiert (Zuteilung der Patientinnen und Patienten zu den Gruppen per Zufall) und Placebo-kontrolliert durchgeführt. „Wir teilten Patientinnen und Patienten mit einem Muskel-invasiven Blasenkarzinom nach radikaler Operation im Verhältnis 1:1 der Behandlungsgruppe mit Nivolumab (240 Milligramm intravenös alle 2 Wochen) oder der Placebogruppe zu“, schrieben Erstautor Dean F. Bajorin (Memorial Sloan Kettering Cancer Center/New York) und die beteiligten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Publikation (DOI: 10.1056/NEJMoa2034442). Der monoklonale Antikörper blockiert den PD-1-Rezeptor auf T-Zellen und soll damit das Immunsystem der Erkrankten gegen ein Karzinom „scharf“ machen. Das Medikament ist bereits für mehrere Anwendungsgebiete im Bereich der Onkologie zugelassen. Insgesamt erhielten in der klinischen Studie

353 Patientinnen und Patienten das Immuntherapeutikum, 356 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bekamen ein Placebo. Die wichtigsten Daten:
– Unter Nivolumab-Therapie (Dauer ein Jahr) lag das mittlere krankheitsfreie Überleben bei 20,8 Monaten (Placebo: 10,8 Monate).
– Nach sechs Monaten waren in der Verum-Gruppe 74,9 Prozent der Patientinnen und Patienten krankheitsfrei und am Leben, hingegen 60,3 Prozent der Kranken in der Placebo-Gruppe. Der Unterschied war statistisch hoch signifikant ($p < 0,001$).
– In der Subgruppe der Patientinnen und Patienten mit einer PD-L1-Expression auf einem oder mehr Prozent der Tumorzellen betrug der Anteil der krankheitsfrei lebenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach einem halben Jahr 74,5 Prozent (Placebo: 55,7 Prozent).
– Nebenwirkungen mittleren bis hohen Grades wurden bei 17,9 Prozent der StudienteilnehmerInnen und -teilnehmer unter Nivolumab-Therapie registriert, hingegen bei 7,2 Prozent in der Placebo-Gruppe.
„Auf der Basis der CheckMate-274-Studienresultate verbessert Nivolumab als adjuvante Therapie die klinischen Ergebnisse bei Patientinnen und Patienten mit Blasenkarzinomen und einem hohen Risiko für lokale Rezidive oder einer metastasierten Erkrankung nach chirurgischer (Erst-)Therapie“, schrieben die Autorinnen und Autoren. Interessanterweise sei ein solches Ergebnis in einer vergleichbaren Studie unter Verwendung eines Anti-PDL-1-Antikörpers Atezolizumab nicht beobachtet worden. Das Beratungsgremium CHMP der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) hat Ende Februar eine Empfehlung zur Erweiterung der Indikation von Nivolumab auf die Behandlung invasiver Blasenkarzinome wie in der CheckMate-274-Studie abgegeben. P



Seit eh und je stellt die Virenübertragung via Tröpfchen und Aerosole, die mit der Atemluft ausgeschieden werden, in geschlossenen Räumen einen wesentlichen Infektionsweg dar. Die Coronapandemie hat dieses Bewusstsein erneut in den Vordergrund gerückt. Abseits vom Vorhandensein einer wirksamen Impfung, von regelmäßiger Hand- und Flächendesinfektion sowie vom Distanzhalten an öffentlichen Orten, gilt auch die Lüftung in geschlossenen Innenräumen als wesentliche Maßnahme zum Schutz vor Infektionskrankheiten — insbesondere in medizinischen Einrichtungen. „Das Ansteckungsrisiko in Innenräumen ist grundsätzlich eng mit Viruslast und Aerosolbildung verbunden. Befindet sich etwa in einem Ordinationswartezimmer mit einer Fläche von 15 m² ein COVID-19-Superspreader (Anmerkung: hochinfektiöse Patientin, hochinfektiöser Patient), so ist mit ziemlicher Sicherheit davon auszugehen, dass sich alle anderen Personen im Raum innerhalb von nur 15 Minuten ebenfalls infizieren — vor allem bei mangelhaften oder gänzlich fehlenden Lüftungsmöglichkeiten“, verdeutlicht Dr. Karl Skriner, Leiter der Arbeitsgruppe Immunoproteomics an der Medizinischen Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und klinische Immunologie an der Charité in Berlin.

Luftdesinfektionsanlagen sollten künftig Teil des hygienespezifischen Standardrepertoires sein.

Erwin Rebhandl

Luftreinigung: UV-C wissenschaftlich als hochwirksam eingestuft

Im Rahmen einer Studie (Anmerkung: Removal of SARS-COV-2 bioaerosols using ultraviolet air filtration von Roy E. Barnwell DVM, PhD und Werner E. Bischoff MD, PhD) haben sich Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Ohio, USA, mit der Korrelation zwischen Lüftung und COVID-19-Infektionsgeschehen befasst. Im Zuge der Tests hat sich gezeigt, dass vor allem Luftreinigungsanlagen auf Basis von UV-C-Bestrahlung eine effektive und sichere Methode darstellen, um das Virus zu eliminieren. Das Unternehmen ReTecCom hat davon ausgehend und nicht zuletzt auf-

grund der weltweiten COVID-19-Situation gemeinsam mit deutschen Virologinnen und Virologen sowie Physikerinnen und Physikern mit der Luftdesinfektionsanlage UV-Cero-300 (ReTecCom; www.uv-cero.de) ein neues System entwickelt, das in puncto Wirksamkeit und Praktikabilität sehr gute Daten vorweist. Der Grundmechanismus des Geräts basiert auf der Zerstörung potenziell krankheitserregender Schwebepartikel in der Luft durch UV-Licht. „Die durch das Gerät angesaugte Luft wird durch eine Bestrahlungskammer, in der vier UV-C-Lampen mit einer kurzwelligen UV-C-Bestrahlung von insgesamt 254 Nanometern Frequenz installiert sind, geleitet. Das Alleinstellungsmerkmal der UV-Cero-300: Die Luft wird nicht nur einfach durchgeblasen, sondern verweilt in der Bestrahlungskammer, wo das UV-C-Licht knapp zwei Sekunden auf sie einwirkt. Diese Verweildauer ist aus wissenschaftlicher Sicht notwendig, um die DNA-Struktur vorhandener Krankheitserreger zuverlässig zu denaturieren. Ein interessanter Nebeneffekt basiert auf der Neutralisierung unangenehmer Gerüche, im medizinischen Kontext beispielsweise bei häufigem Verbandswechsel relevant“, erklärt ReTecCom-CEO Manfred Hainzinger. Das Gerät wird grundsätzlich an der Raumdecke oder Seitendwand ab einer Höhe von etwa zwei Metern angebracht und benötigt abgesehen von einem Stromanschluss keine weiteren Vorkehrungen. Da es sich nicht um eine Filteranlage handelt, besteht zudem absolute Wartungsfreiheit. Die Steuerung erfolgt digital über vorab einstellbare Zeitprogramme. „Bei 50 Prozent Leistung kann die Anlage bis zu 150 m³ Raumluft pro Stunde desinfizieren, bei 100 Prozent Leistungsaussteuerung sind es stündlich bis zu 300 m³ Raumluft“, so Hainzinger.

Prüfbericht und weitere Studien

Karl Skriner und sein Team haben die Geräte am CharitéCentrum für Innere Medizin und Dermatologie im Rahmen umfangreicher wissenschaftlicher Tests im gentechnischen Laborbereich auf Effektivität geprüft und dabei auch gegenüber Bakterien und Krankenhauskeimen eine intensive bakterizide Wirkung festgestellt. Skriner befasst sich bereits seit einiger Zeit mit der Entwicklung von Membranen, auf welchen anhand sogenannter „Catcher-Moleküle“ Krankheitserreger nachweisbar sind. „Durch die Inbetriebnahme der UV-Cero-300 sind nach etwa zwei

Patientensicherheit dank Lüftung

Die Luftreinigung nimmt im medizinischen Kontext eine bedeutende Rolle bei der Minimierung des allgemeinen Infektionsrisikos ein. Innovative und praktikable Optionen zur Luftdesinfektion in Innenräumen stellen zusätzliche Hygienemaßnahmen dar. Insbesondere **LUFTREINIGUNGSSYSTEME AUF BASIS VON UV-C-BESTRAHLUNG** sorgen für eine zuverlässige Reduktion von Viren, Bakterien sowie Keimen und in weiterer Folge für eine gesteigerte Patientensicherheit. | von Lisa Türk, BA

Im PVE Haslach wurde bereits eine UV-Cero-300-Anlage installiert.

bis drei Wochen zwischen 80 und 90 Prozent der Bakterien, die normalerweise in der Luft umherschweben, auf der Membran nicht mehr detektierbar. Durch diese enorme Verbesserung der Hygienebedingungen ergibt sich eine erhebliche Reduktion des Infektionsrisikos für das Gesundheitspersonal sowie die Patientinnen und Patienten“, fasst Skriner zusammen. Unter dem Experten ist aktuell eine Blindstudie am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt geplant, um die ReTecCom-Luftreinigungsanlagen schließlich in einem größeren Kontext, einer größeren Menschen- und somit Viren- sowie Bakterienakkumulation zu testen.

Patientensicherheit im Fokus

Auch im Primärversorgungszentrum Haslach, Oberösterreich, treffen tagtäglich zahlreiche Patientinnen und Patienten unterschiedlichsten Alters aufeinander. Die breit gefächerte Virus-, Bakterien- und Keimlast in der Luft stellt im Speziellen für Risikopatientinnen und -patienten, chronisch Kranke, immunsupprimierte Patientinnen und Patienten oder Personen mit Multimorbiditäten eine potenzielle Gefährdung dar. „Trotz Terminmanagements und Vorsichtsmaßnahmen ist der Ordinationswartebereich nach wie vor ein potenzieller Infektionsherd“, erläutert Dr. Erwin Rebhandl, Allgemeinmediziner und Mitglied des Kernteams des Gesundheitszentrums. Auf der Suche nach einer Risikominimierung sind Rebhandl und sein Team ebenfalls auf die UV-Cero-300-Anlage gestoßen, die vor kurzem im PVE in Haslach installiert wurde. „Als Gesundheitszentrum wollen wir ein positives Signal senden, vor allem aber wollen wir Sicherheit vermitteln. Es bestehen ausreichend Ansteckungsquellen, als Gesundheitszentrum sehen wir es als unsere Aufgabe, uns aktiv um die Gesundheit unserer Patientinnen und Patienten zu kümmern“, betont Rebhandl, für den Luftreinigungsgeräte überall dort, wo mehrere Menschen im medizinischen Kontext zusammentreffen, künftig zum protektiven Standardrepertoire gehören sollten. P



5 JAHRE

PRIMÄRVERSORGUNGSGESETZ Von Pilotprojekten zur Regelversorgung?

Tagung für Ärzt:innen, Gesundheitsberufe und politische Verantwortungsträger:innen

Es erwarten Sie folgende Themen:

- 5 Jahre Primärversorgungsgesetz – Funktionieren die Umsetzungen?
- PVE nach der Pilotphase – Wie geht es weiter?
- Stellenplanung und Sachleistung
- Neue Gesundheitsregionen in Österreich

Kooperationspartner:



6. AM PLUS PVE-TAGUNG IN HASLACH 24.-25. Juni 2022



WANN	Freitag, 24.06.2022 14.00 bis 18.30 Uhr – inkl. Abendessen Samstag, 25.06.2022 09.00 bis 14.00 Uhr
WO	Pfarramt Haslach Kirchenplatz 1 4170 Haslach an der Mühl
KONTAKT	Mag. Klaudia Aka-Besler, MA office@amplusgesundheit.at +43/1/908 11 46-49 www.amplusgesundheit.at
TEILNAHMEGEBÜHREN	inkl. USt., Verpflegung und Materialien; exkl. Nächtigung und Reisekosten reguläre Teilnahmegebühr: € 180,- reduzierte Teilnahmegebühr: € 120,- (für Mitglieder jener Berufsgruppen, die außerordentliche Mitglieder bei AM Plus und Kooperationspartner der Tagung sind, sowie für Studierende)



PIONIERE



Auf das richtige Team setzen

Die Erfolgsformel klingt einfach: „Wähle die spezifisch wirksamsten Bakterienstämme für jede Indikation.“ Wie Mag. Anita Frauwallner, Gründerin und Geschäftsführerin des Instituts AllergoSan, damit und mit innovativer, strategischer Forschung zu einem **VORZEIGEBETRIEB FÜR MEDIZINISCH RELEVANTE PROBIOTIKA** geworden ist, erzählt sie im Gespräch mit PERISKOP. | von Mag. Renate Haiden, MSc.

Mit ihrer weltweit anerkannten Mikrobiomforschung hat Frauwallner ein Stück Geschichte der Darmgesundheit mitgeschrieben und setzt auf Teamgeist in jeder Hinsicht: im Betrieb, in der Forschung und in der Umsetzung von politischen Anliegen. Und selbst die Bakterienstämme, die den Kern ihrer Produkte ausmachen, können nicht ohne einander. Erst im Team spielen sie ihre Stärke aus.

PERISKOP: Welche Rolle spielte die Forschung im Institut AllergoSan?

FRAUWALLNER: Die ersten Jahre waren von meiner eigenen Neugier und den Erfahrungen aus den Kundengesprächen geprägt. Der Fokus in den Gründungsjahren lag auf Probiotika und ihrer immunologischen Wirkung, die wir in sehr kleinen Studien belegt haben. Durch die völlig neuartige Kombination mehrerer Bakterienstämme ist dann die Wissenschaft auf uns aufmerksam geworden. Zuerst waren es Sportmediziner, die sich aus der Erforschung und Entwicklung von Produkten aus natürlichen Substanzen wie probiotischen Bakterien, Pflanzenextrakten und Mineralstoffen vor allem Leistungssteigerungen erwartet haben. Gemeinsam mit Wissenschaftsteams aus Deutschland und den Niederlanden haben wir in immer mehr Anwendungsgebieten geforscht, vor allem als die genetische Sequenzierung zum Einsatz kam. Mir war und ist ein extrem hoher Qualitätsanspruch wichtig, den man damals von Probiotika so nicht gewohnt war. Ich will die eingesetzten Bakterienstämme immer sehr genau untersuchen und belegen können, warum genau dieser und kein anderer Stamm zum Einsatz kommt und seine Wirkung entfaltet.

Das Mikrobiom leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheit, allerdings sind die Zusammensetzung und die genaue Funktion noch nicht genau bekannt.

Wo stehen wir aktuell in der Forschung?

Seit 2007 das „Human Microbiome Project“ vom United States National Institute of Health ins Leben gerufen wurde, hat das Thema einen Schub erlebt. Das menschliche Mikrobiom konnte zu rund 90 Prozent charakterisiert und die Auswirkung von Veränderungen auf Gesundheit und Krankheit beschrieben werden. Erst seit wenigen Jahren wissen wir über das bidirektionale Kommunikationssystem, die Gut-Brain-Achse, die Darm und Gehirn über neuronale Wege verbindet, besser Bescheid. Eine besonders wichtige Erkenntnis war auch, dass Bakterien sehr viele Metaboliten bilden. Diese sind aber nicht immer gleich, sondern verändern sich im Laufe der Zeit und können so unterschiedlichen Einfluss auf Körperzellen ausüben. Insgesamt denke ich, dass wir in der Grundlagenwissenschaft eine enorme Fülle an Erkenntnissen haben, die aber zum Großteil noch nicht in der Therapie angekommen sind.

Wie beteiligt sich AllergoSan konkret an der Mikrobiomforschung?

Ich gehe Ursachen gerne auf den Grund. Es hilft nichts, nur an Symptomen zu drehen und zu hoffen, dass Erkrankungen besser werden. Daher haben wir von Anfang an mit universitären Forschungseinrichtungen zusammengearbeitet, die unser Know-how und das innovative, strategische Denken schätzen. Wir haben international einen guten Ruf, weil wir als einziges Unternehmen weltweit vielfältige Probiotika indikationsspezifisch erforschen und herstellen. Forscher wissen, dass man oft auf jenen Gebieten den größten Erfolg einfährt, in

Mag. Anita Frauwallner, Forscherin sowie Gründerin und Geschäftsführerin des Instituts AllergoSan

deren Richtung man gar nicht geforscht hat. Daher haben wir nicht nur die Phasen der Einnahme von Probiotika wissenschaftlich begleitet, sondern auch viele Monate danach noch beobachtet, ob sich die erwünschten Bakterien wirklich ansiedeln und bleiben. Hier konnten wir große Erfolge generieren, die leicht erklärt sind: Unsere Bakterienkulturen werden außerhalb des Körpers in Wasser rehydriert und aktiviert. Damit gelangen etwa 90 Prozent aller eingesetzten Bakterien tatsächlich lebend in den Darm, wo sie sich sofort vermehren.



© FOTO FISCHER, CHRISTIAN JUNGWIRTH



Wo waren für Sie die Meilensteine Ihrer Forschung?

Richtungswesend war unsere 2008 publizierte Studie zur Verhinderung von Antibiotika-assoziiierter Diarrhö, die vom Weltgastroenterologenverband unter die 12 besten Probiotikastudien der Welt aufgenommen wurde. 2015 gelang der Durchbruch, als wir für die beste hepatologische Studie des Jahres ausgezeichnet wurden. Sie hat gezeigt, dass ein extrem hochwertiger Bakterienmix selbst bei schweren Leberzirrhosen die Leberfunktion wiederherstellen und Transplantationen verhindern kann. Das hat die internationale Nachfrage getriggert und mittlerweile sind wir zur viertgrößten Probiotika-Marke weltweit avanciert. Durch die Möglichkeiten der genetischen Sequenzierung ergaben sich seit dem Jahr 2000 völlig neue Erkenntnisse und das Wissen um den Einfluss des Mikrobioms auf unsere Gesundheit wurde enorm erweitert.

Wie können Ihre Forschungsergebnisse die Diagnose und Therapie beeinflussen?

Wir wissen mittlerweile, welche Bakterienkombinationen welchen Einfluss auf den Organismus ausüben. Für unsere Kooperationspartner, die Charité in Berlin und das Universitätsspital in Zürich, entwickeln wir bereits Probiotika für neue, noch spezifischere Fragestellungen. Ich denke, dass wir bald so weit sein werden, dass die Bestimmung des individuellen Mikrobioms zu einem Routine-tool in der medizinischen Diagnostik und zur Beurteilung klinischer Symptome sein wird.

Welche Indikationen sind im Hinblick auf das Mikrobiom derzeit im Fokus?

In der Geriatrie, vor allem bei Krankenhauskeimen, sind wir im Routinebetrieb angekommen. Mehr als 50 Spitäler in Österreich setzen bei Antibiotikatherapien bereits auf die zusätzliche Gabe von OMNI-BIOTIC® 10, um die Inzidenz von AAD und CDAD zu reduzieren. Auch in der Pädiatrie steigt das Interesse enorm, da wir schon während der Schwangerschaft und selbst in den ersten Lebenstagen des Neugeborenen das Immunsystem positiv

Studien werden evidenzbasiert an großen Universitätskliniken durchgeführt und von anerkannten Journals publiziert.

Durch die Möglichkeiten der genetischen Sequenzierung ergaben sich seit dem Jahr 2000 völlig neue Erkenntnisse und das Wissen um den Einfluss des Mikrobioms auf unsere Gesundheit wurde enorm erweitert.

Anita Frauwallner



unterstützen können, etwa wenn die Eltern Allergiker sind und verhindert werden soll, dass sich diese Erkrankung auf die Kinder überträgt.

Ich sehe weiter gute evidenzbasierte Ansätze in der Psychiatrie und Neurologie, etwa bei Depressionen und vor allem zum Aufbau der Stressresilienz. Für einen gesteigerten Erkenntnisgewinn haben wir in Deutschland im Rahmen der Pandemie eine Anwendungsbeobachtung mit 14.000 Teilnehmenden gestartet, die bereits nach zwei Woche der Einnahme eines spezifisch formulierten Multispezies-Probiotikums Verbesserungen gezeigt hat. Die Probandinnen und Probanden schlafen besser, können sich besser konzentrieren und sind deutlich Stress-resilienter.

Eine weitere ganz neue Indikation für Probiotika ist die In-vitro-Fertilisation. Auch in der Onkologie wird bereits an der optimalen Zusammensetzung des Mikrobioms geforscht, um Checkpoint-Inhibitoren wirksamer zu machen. Diese modifizieren die immunologische Eigen-toleranz und werden in der Immunonkologie zur medikamentösen Tumorthherapie eingesetzt, aktuell wirken sie aber nur bei etwa einem Viertel der Krebsbetroffenen — abhängig von der Zusammensetzung der patienteneigenen Mikrobiota — ein wunderbares Feld, um Menschen eine neue Chance auf Leben zu geben. Auch die Möglichkeiten zur Veränderung des Mikrobioms vor der Entstehung von Tumorzellen wird derzeit in Mausmodellen untersucht.

Forscher leisten häufig Pionierarbeit. Wie wichtig ist es Ihnen, in Sachen Darmgesundheit die Nase vorn zu haben?

Ehrlich gesagt, das war mir nie wirklich wichtig. Mein Antrieb liegt ganz speziell darin, das Leben von Menschen besser zu machen. Und wenn man dies mit ganzer Kraft macht — dann ist der Erfolg vorprogrammiert.

Welchen Stellenwert hat wissenschaftliche Evidenz bei Ihrer Arbeit?

Diese hat oberste Priorität. Wir wären nicht in der Lage gewesen, mit unserem Thema so viele Menschen zu überzeugen, wenn wir die Wirkung nicht auch wissenschaftlich belegen hätten können. Alle unsere Studien werden gemeinsam mit großen Universitätskliniken geplant und durchgeführt. Nur so gelingen uns entsprechende Publikationen in anerkannten Journals und damit überzeugen wir Fachleute, medizinisch relevante Probiotika einzusetzen. Und ihre Erfahrungen am Patienten zeigen dann, dass dieser Weg der richtige ist.

Wie beurteilen Sie die Wissenschaftskeptis in Österreich?

Die Endverbraucher müssen im Detail nicht verstehen, warum Probiotika wirken, die Hauptsache ist, ihre Beschwerden werden besser. Viel wichtiger ist es, dass die Vertreterinnen und Vertreter der Gesundheitsberufe unseren Ansatz unterstützen und dort sehe ich keine große Wissenschaftskeptis. Je mehr wir publizieren, desto größer ist das Interesse an unserer Forschung. Wir bieten den Gesundheitsberufen am Institut AllergoSan jegliche Information und direkten Kontakt zu Expertinnen und Experten aus Medizin, Mikrobiologie, Ernährungswissenschaft oder Pharmazie. Wir benötigen dieses Feedback aus der Praxis und wachsen daran, wenn uns Anwender kritisch gegenüberstehen und unsere Ergebnisse auch hinterfragen und überprüfen. So kommen wir in einen konstruktiven Dialog.

Ihr ganzheitlicher Ansatz steht im Zeichen der Prävention und geht damit nicht

unbedingt konform mit der aktuellen Gesundheitspolitik. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?

Meine Überzeugung lautet: Jeder ist für seine eigene Gesundheit verantwortlich. Wir werden es uns langfristig nicht leisten können, dass wir die Verantwortung immer nur der Politik übertragen, denn die Bevölkerung wird älter, es gibt mehr chronisch Kranke und das ist bald in der Form nicht mehr finanzierbar. Aktuell werden medizinisch relevante Probiotika hauptsächlich in der Therapie und noch nicht in der Prävention eingesetzt. Doch ich bin überzeugt, dass sich das langsam ändert, denn jeder möchte doch gesund alt werden. Ich wünsche mir eine niederschwellige Verfügbarkeit hochwertiger Probiotika. Welche positiven Effekte das hat, können wir jetzt schon in vielen geriatrischen Einrichtungen oder in der Onkologie beobachten. Wenn wir Probiotika rechtzeitig und niederschwellig im Gesundheitssystem verfügbar haben, dann wird sich das massiv kostendämpfend auswirken!

Sie sind seit 2007 Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für probiotische Medizin, OePROM. Welche Ziele sind mit der Fortbildung von Ärzten und Apothekern im Bereich der probiotischen Medizin verknüpft?

Gemeinsam mit dem Gastroenterologen und Internisten Univ.-Prof. Dr. Günter Krejs ist es mir ein großes Anliegen, die Fortbildung der Ärzte- und Apothekerschaft rund um das Mikrobiom voranzutreiben, denn im Studium erfuhr man davon bisher noch nichts. In den letzten 15 Jahren haben rund 20.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Fachakademie für Darmgesundheit absolviert. Sie bietet unterschiedliche Veranstaltungen und Fortbildungsreihen, um Fachpersonal in Apotheken, Arztpraxen und Kliniken umfassendes und aktuelles Wissen rund um den Darm näherzubringen. Dazu gehören Symposien zur Präsentation aktuellster Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung ebenso wie praxisorientierte Seminare, die kompaktes Wissen für die tägliche Arbeit bieten.

Sie unterstützen die „Initiative Darmgesundheit 2030“, was für konkrete Erwartungen haben Sie hier?

Ich denke, dass die Basis für eine langfristige Gesunderhaltung ein stabiles Immunsystem ist, und dieses wird über das Mikrobiom im Darm gesteuert. Daher ist es naheliegend, dort einen Fokus zu setzen! Mir ist es wichtig, das Mikrobiom und seine Wirkung sichtbar zu machen. Dazu braucht es nicht nur Forschung, sondern auch Unterstützung, dass diese Ergebnisse in die Diagnose und Therapie Eingang finden. Mir ist es wichtig, dass Menschen nicht nur alt werden, sondern diese Zeit auch möglichst gesund genießen können. Das erfordert konkrete Handlungsempfehlungen für die Gesundheitspolitik, um diesen Weg zu ebnen.

Ich bin überzeugt, dass die „Initiative Darmgesundheit 2030“ viel dazu beitragen kann, das Gesundheitssystem im Hinblick auf die demografische Entwicklung zu entlasten. Hier haben wir in Österreich noch deutlichen und dringenden Nachholbedarf. So weiß man etwa in der chinesischen Medizin schon lange, dass es eine Dickdarm-Lungen-Achse gibt — ein Umstand, der sich in Europa erst im Zuge von COVID-19 langsam herumgesprochen hat. Um all dieses Wissen zu verbreiten, hoffe ich auf engagierte Mitstreiter, die in Sachen Darmgesundheit Überzeugungsarbeit leisten wollen, daher unterstütze ich die Initiative. **P**

COVID-19-Pandemie – Herausforderung für die Medizinuniversitäten

Beim diesjährigen INTERNATIONALEN SYMPOSIUM „FORUM MEDIZIN 21“ der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) in Salzburg zum Thema „Universitäre Medizin in der COVID-19-Pandemie“ haben namhafter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftern die vergangenen zwei Jahre Pandemie analysiert, den Umgang damit bewertet und einen Blick in die Zukunft gewagt. | von Rainald Edel, MBA



Seit zwei Jahren hält die Corona-Pandemie die Weltbevölkerung in Atem. Evidenzbasierte Medizin, wissenschaftliches Know-how und universitäre Forschung haben bei der Bewältigung der Pandemie eine entscheidende Rolle gespielt. Naheliegender, dass sich das internationale Symposium „Forum Medizin 21“ der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität (PMU) dieses Themas angenommen hat und die diesjährige Veranstaltung unter den Titel „Universitäre Medizin in der COVID-19-Pandemie“ gestellt hat. Denn die Pandemie hat die Relevanz und Wichtigkeit von hochqualifizierter Versorgung und Forschung der breiten Öffentlichkeit vor Augen geführt. Für das zweitägige Symposium konnte eine Vielzahl an hochkarätigen Expertinnen und Experten als Vortragende gewonnen werden.

Einblicke und Kritik zu den Handlungsweisen in der Pandemie

Der Rektor der Medizinischen Universität Wien Univ.-Prof. Dr. Markus Müller stellte fest, dass die asiatischen Länder in COVID-19-Zeiten viel disziplinierter sind. Es gebe zwar nirgendwo ein „tolles“ Pandemie-Management, auch diverse kleine Erfolge (etwa „Wir sind Test-

Unter den hochkarätigen Teilnehmenden waren unter anderem (v.l.) der Simulationsforscher Niki Popper, BioNTech Co-Founder Christoph Huber, Rektor der MedUni Wien Markus Müller, Leiterin des Geschäftsfelds Medizinmarktaufsicht der AGES Christa Wirthumer-Hoche und der Gastgeber Rektor der PMU Wolfgang Sperl

weltmeister.“) helfen nicht wirklich. Einigkeit herrschte unter allen Diskussionsteilnehmenden darüber, dass die Universitäten in der Pandemie eine wesentliche Rolle als Orte des Wissenserwerbs und der Forschung spielen. Prof. Dr. Lars Schaada, Vizepräsident des Robert Koch-Instituts, meinte, dass „die Hochschulen in der Pandemiebekämpfung bislang nicht ausreichend sichtbar“ sind. BioNTech-Mitgründer Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber bezeichnete die Universitäten als „Bruststätte der Wissenschaft“. Universitäten sollten mutiger sein, auch bei Ausgründungen. „Universitäten sollen an der Wertschöpfung, etwa bei der Entwicklung von Medikamenten etc. teilhaben“, appellierte er. Seiner Meinung nach müsse vieles größer werden und größer gedacht werden. Zudem seien die öffentlichen Mittel für die Forschung zu gering; auch das regionale Denken müsse ein Ende haben. Nur im Zusammenspiel aller ist die Bewältigung möglich“, betonte er.

Forschung, Entwicklung und Zulassung von Impfstoffen und Medikamenten

„Durch die zunehmend alternde Gesellschaft, den Anstieg an Adipositas, inflammato-

rischen Erkrankungen und Allergien sowie chronischen Erkrankungen, wie Diabetes oder Krebserkrankungen, vergrößere sich der Anteil jener Menschen in der Bevölkerung, deren Immunsystem nicht der Norm entspricht“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt MSc, PhD vom Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie der MedUni Wien. Es stelle sich deshalb die Frage, ob die bisherige Impfstrategie „one shot fits all“ zum Schutz einer großen Bevölkerungsgruppe noch hält und ob Impfpfehlungen für jene Risikogruppen, deren Immunsystem verändert ist, noch zeitgemäß ist. Wiedermann-Schmidt sieht den Weg eher in Richtung stratifizierter Impfprogramme bzw. personalisierter Impfungen, wobei letztere weniger bei Infektionskrankheiten eine Rolle spielen, sondern vielmehr im therapeutischen Bereich, beispielsweise bei Krebs- oder Autoimmunerkrankungen. Die Forschung zu Impf- und Wirkstoffen — nicht zuletzt auch an dem von ihr geleiteten Institut — hat auch zu neuen Erkenntnissen über jene Personengruppen geführt, die ein geschwächtes Immunsystem haben und zu Fragestellungen, ob bzw. wie man in derartigen

Fällen eine Immunantwort auslösen kann. Einblicke in die Arbeitsweise der Aufsichtsbehörde und den Zulassungsprozess gab DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche, Leiterin des Geschäftsfeldes Medizinmarktaufsicht (MEA) der AGES, im Zuge ihres Vortrags. „Um für die Vielzahl an Aufgaben auch die entsprechenden Fachkräfte und das Wissen zur Hand zu haben, arbeitet die Behörde eng mit Universitäten zusammen“, erklärte Wirthumer-Hoche. Dabei gebe es zwei Modelle. „Zum einen haben wir in Österreich den wissenschaftlichen Ausschuss des Arzneimittelbeirats gegründet, der im Arzneimittelgesetz auch festgelegt ist“, so Wirthumer-Hoche. Mit diesem besteht ein intensiver Austausch zu Produkten und zu generellen Fragestellungen. „Es ist wichtig, dass wir immer nach dem state-of-the-art-Prinzip vorgehen und durch ein Horizon Scanning auch wissen, was auf uns zukommt. Nur so sind wir in der Behörde in der Lage und haben die Expertise, mit wissenschaftlichen Entwicklungen mitzugehen“, schilderte Wirthumer-Hoche. Zudem werden auch externe Expertinnen und Experten konsultiert. „Bei der Bewertung von Verfahren ist es unmöglich, jede Form der Expertise in der Agentur, also vor Ort, vertreten zu haben. Daher greifen wir immer wieder auf die Expertise der Universitäten zurück“, so Wirthumer-Hoche.

Möglich wurde die rasche Zulassung der Impfstoffe und Therapeutika in der Pandemie durch ein neues Verfahren, das sogenannte „Rolling Review“. Hierbei wurden die notwendigen Verfahren parallel zu den noch laufenden Studien abgewickelt und die

einreichenden Firmen mussten nicht mehr darauf warten, dass ein Dossier vor dem Staat des Begutachtungsprozesses komplett ist. Damit konnte — ohne jegliche qualitative Einschränkung der Prüfung — die Zeit für die eigentliche Zulassung deutlich verkürzt werden.

Prof. Dr. Robin Rumler, Geschäftsführer von Pfizer Corporation Austria, wartete mit beeindruckenden Zahlen auf. Seit 2020 wurden von seinem Unternehmen 3,2 Milliarden Impfstoffe in 172 Länder dieser Welt ausgeliefert.

Die Entwicklung des Impfstoffs

Möglich wurde die rasche Entwicklung des Impfstoffes durch das Projekt „Lightspeed“ — ursprünglich der Projektname, unter dem BioNTech seine Impfstoff-Entwicklung gegen SARS-CoV-2 im Januar 2020 gestartet hatte. „Auch Pfizer hat es sich von Anfang an zur Aufgabe gemacht, zum Kampf gegen die Pandemie durch die Entwicklung eines Impfstoffs beizutragen. Recht rasch ist man dabei auf das Know-how von BioNTech gestoßen und schlug eine Partnerschaft vor“, schilderte Rumler. Durch die Symbiose der internationalen Erfahrung mit Impfstoffen und das Wissen von BioNTech zu RNA-Impfstoffen konnte in Lichtgeschwindigkeit ein neuer Impfstoff entwickelt werden. Durch das beschleunigte Zulassungsverfahren der EMA, das Rolling Review, war eine Marktzulassung in der EU noch im Dezember möglich und die ersten Impfungen konnten starten.

Ausblick

Im Rahmen des Symposiums versuchten die hochkarätigen Teilnehmenden, auch Lösungen

für die Zukunft zu finden und zu formulieren. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse:

- Das offene Wort zwischen der Wissenschaft, der Politik, den diversen Institutionen, Einrichtungen im Gesundheitswesen, Behörden, Universitäten ist notwendig. Die Vernetzung führt zu raschen Erfolgen.
- Klinische Studien müssen von der öffentlichen Hand wesentlich besser finanziert werden.
- Eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten für die richtige Kommunikation ist unbedingt notwendig. Anschließend muss eine Kommunikationsstrategie entwickelt werden. Die Öffentlichkeit muss nicht jedes Detail und jeden technologischen Schritt in der Forschung vermittelt bekommen.
- Die Politik und die Wissenschaft verstehen einander zu wenig. Das muss sich ändern, es muss zusammengearbeitet werden.
- Der Bevölkerung muss eine hohe Sicherheit gegeben werden, Vertrauen ist zu gewährleisten. Maßnahmen müssen im Zuge einer „one-voice-Strategie“ erklärt werden.

„Es ist unmöglich, im Zuge des Symposiums alle Probleme zu diskutieren und dafür Lösungen zu bieten, aber wir wollten die Herausforderung annehmen, die Folgen von COVID-19 zu analysieren und somit dabei zu helfen, etwaige Fehler zu beseitigen“, betonte Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Sperl, Rektor der PMU, abschließend. 📍



Kluge Muskeln | Folge 8

Training für Körper und Seele Mit Muskelkraft gegen Krebs



Menschen, die gerade mit einer Krebsdiagnose konfrontiert sind, brauchen all ihre Kraft — um die Diagnose zu verdauen, um mit völlig neuen Emotionen umzugehen und neuen Mut zu fassen. Ein individuell abgestimmtes Training unterstützt den Körper in genau diesem Prozess, denn eine Krebserkrankung zehrt an der Seele — und an den Muskeln. Sport galt nicht immer mit einer Krebserkrankung vereinbar. Fatigue, also das Gefühl von starker Müdigkeit während der Chemotherapie, wurde bis in die 70er Jahre mit Bettruhe therapiert. Erst sechs Monate nach der Therapie war Bewegung wieder erlaubt. Das ist heute anders: Viele Studien haben gezeigt, dass gezieltes Training parallel zur Chemo- oder Antihormontherapie, Fatigue deutlich lindern kann — ebenso andere Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, depressive Verstimmungen oder Übelkeit. Wir wissen heute, dass Myokine, also die Botenstoffe, die Muskeln bei Bewegung absondern, eine bedeutende Rolle spielen: Durch sie werden chronische Entzündungsreaktionen gedämpft, die durch die Ausschüttung von Adipokinen entstehen. Diese Entzündungs-

stoffe werden in überschüssigem Körperfett produziert. Bewegung lässt die Muskelzellen wieder besser auf Insulin reagieren. Die Bauchspeicheldrüse muss nicht mehr so viel von diesem Hormon produzieren, was sich wiederum positiv auf die Krebsvorbeugung auswirkt. Denn Insulin regt nicht nur den Stoffwechsel gesunder Zellen an, sondern vor allem auch jenen von Krebszellen. Bei einem chronisch erhöhten Insulinspiegel wachsen Krebszellen schneller, da sich an deren Oberfläche — im Vergleich zu gesunden Körperzellen — bis zu zehn mal mehr Insulinrezeptoren befinden.

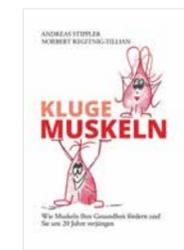
Untersuchungen zum Darmkrebs zeigen, dass eine spezielle Form von Myokinen eine ganz konkrete krebspräventive Wirkung entfaltet: Das Team rund um Dr. Wataru Aoi vom Laboratory of Health Science der Kyoto Prefectural University in Japan hat festgestellt, dass es sich um das Myokin namens SPARC („secret protein acidic and rich in cysteine“) handelt. SPARC wirkt wie ein Hormon, wenn es von bewegten Muskeln ausgeschüttet wird und kann die Entwicklung von Tumoren im Darm unterdrücken. Bereits nach 20 Minuten körperlicher Aktivität wird SSPARC im Körper freigesetzt: Je intensiver die



Dr. Andreas Stippler, MSc, Facharzt für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

Belastung, desto mehr Ausschüttung. Die japanischen Forscher haben in Tierversuchen die Wadenmuskeln von Mäusen untersucht und studiert, wo man SPARC durch eine Genanalyse entdecken konnte. Zwar findet sich dieses besondere Tumorunterdrückungsmysin auch in der Leber, im Darm und den Hoden. Doch nur im Muskelgewebe erhöht sich die SPARC-Konzentration während der Bewegung. Die Testergebnisse bei Mäusen konnten auch mit Menschen wiederholt werden. Es zeigte sich, dass bei Personen, die sich 30 Minuten am Ergometer bewegten, nach der Übung auch im Blut ein erhöhter SPARC-Spiegel feststellbar war. Trainierten die Testpersonen über vier Wochen hindurch regelmäßig, zeigte sich ein klar übungabhängiger Anstieg des SPARC-Blutspiegels. In Tierversuchen konnte zudem belegt werden, dass Interleukin 6 jenes prototypische Myokin ist, welches Tumorstadium unterdrücken oder verlangsamen kann. Derzeit wird intensiv erforscht, inwieweit nun Myokine — die auch das Fettgewebe beeinflussen, die Ausschüttung von Entzündungsstoffen unterdrücken und das Immunsystem unterstützen — auf die Krebsvorsorge Einfluss nehmen. 📍

Im Buch „Kluge Muskeln“ wird erklärt, wie man mit schlau trainierten Muskeln sein Leben um viele Jahre verjüngen kann. Der Erlös kommt der Österreichischen Muskelforschung zugute.



Sie können dieses Buch unter folgendem QR-Code bestellen



PROGRAMM | IM STIFT SEITENSTETTEN

7. PRAEVENIRE Gesundheitstage 2022

Jetzt anmelden:



Teilnahmegebühr

Mittwoch: EUR 425,- | EUR 275,- (online)

Donnerstag: EUR 850,- | EUR 550,- (online)

ERMÄSSIGUNGEN: Studierende: 50% Teilnahmegebühr | Journalisten/Medienvertreter: kostenfreie Teilnahme
OEGO-Mitglieder: 25% Ermäßigung auf Teilnahmegebühr

* bis zum 26. Lebensjahr

Freitag: EUR 425,- | EUR 275,- (online)

Gesamtes Forum (Mi-Fr): EUR 1.600,- | EUR 1.000,- (online)



MITTWOCH | 18. MAI 2022

ab 12:00 Uhr

Get-together im Benediktussaal

12.30–13.00 Uhr

Eröffnung PRAEVENIRE Gesundheitstage 2022

MODERATION Mag. Erika Sander

BEGRÜSSUNG Begrüßung im Stift Seitenstetten
Abt Petrus Pilsinger | Stift Seitenstetten

VIDEO Grußbotschaft
Martina Rüscher, MBA, MSc, Akad. BO | Landesrätin in Vorarlberg

KEYNOTE Eröffnungsrede
Dr. Hans Jörg Schelling | Präsident PRAEVENIRE
Dr. Martin Eichinger | Landesrat

13.00–14.30 Uhr

SPECIAL KEYNOTES INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

VIDEO Die Rolle der Qualitätsmedien zur Steigerung der Gesundheitskompetenz
Mag. Markus Mair | Vorstandsvorsitzender der Styria Media Group AG

KEYNOTE New development of covid & vaccines
Univ.-Prof. Dr. Florian Krammer | Icahn School of Medicine

KEYNOTE COVID-19 Future Operations Plattform – interdisziplinärer Austausch
zwischen Wissenschaft und Politik
GenMjr. Mag. Thomas Starlinger | Moderator und Beitragender des
COVID-19 Future Operations Clearing Board

KEYNOTE Das Mikrobiom und unsere Gesundheit – Chance oder Hype?
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA | Leiterin
der Forschungseinheit „Transplantation Research“ der Med Uni Graz

14.30–15.00 Uhr

DARMGESUNDHEIT 2030 VORSORGEKOLOSKOPIE VORARLBERG INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Dr. Michael Jonas | Präsident i.R. der Ärztekammer Vorarlberg

KEYNOTE Manfred Brunner | Landesstellenvorsitzender ÖGK-Vorarlberg

15.00–15.45 Uhr

PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Dr. Martin Eichinger | Landesrat

KEYNOTE HR Dr. Thomas Holzgruber | Kammeramtsdirektor, Ärztekammer für Wien

16.15–17.15 Uhr

OSTEOPOROSE 2030 INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Osteoporose Update und Herausforderungen für die Zukunft –
Wo geht die Reise hin?

Prim. Univ.-Prof. Dr. Heinrich Resch | Vorstandsmitglied Österreichische
Gesellschaft für Knochen- und Mineralstoffwechsel

KEYNOTE Potential von Nahrungsergänzungsmitteln in der Prävention Fokus:
Osteoporose
Michael Wäger, MSc | Biogena Medical

KEYNOTE Studienergebnisse: Nahrungsergänzungsmittel und Osteoporose
Dr. Cristina Tomas | Fachärztin für Innere Medizin

17.15–18.00 Uhr

DIGITALE TRENDS: IMPULSE

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Big Data in der Alzheimer-Forschung
Prof. Dr. Catherine Jutzeler | Swiss Young Academy (digital)

KEYNOTE Big Data in Diabetics Research
Dr. Elisa Araldi | Swiss Young Academy (digital)

KEYNOTE Die Rolle der digitalen sozialen Medien in der Covid-19 Gesundheitskrise
Dr. Sabrina Heike Kessler | Swiss Young Academy (digital)

18.00–18.30 Uhr

LEAD HORIZON & LIFEBRAIN: „ALLES GURGELT“

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Tba
Angela Hengsberger, BSc | LEAD Horizon

KEYNOTE Initiative „Alles gurgelt!“: Von Herausforderungen zu Learnings für die Zukunft!
Rainer Sturma | Lifebrain

18.30–19.00 Uhr

WISSENSCHAFTLICHE BETRACHTUNGEN ZUR PANDEMIE INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

KEYNOTE Gesundheitsmathematische Berechnungen in der Pandemie-Ära
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Doris Behrens | Leiterin des Departments für
Wirtschaft und Gesundheit an der Donau Universität Krems

KEYNOTE Auswirkungen von COVID-19 auf die Psyche der Jugendlichen
MMag. Dr. Andrea Jesser, Bakk. | Zentrum für Psychotherapie, Beratung
und Supervision, Donau Universität Krems (digital)

ab 19.00 Uhr

Get-together

DONNERSTAG | 19. MAI 2022

09.00–10.00 Uhr

IMPACT OF IMMUNOLOGY-BASED THERAPIES ON HUMAN HEALTH INKL. DISKUSSION IM PLENUM

KEYNOTE Prof. Lorenzo Moretta, MD | Director, Immunology Area, Pediatric Hospital Bambino Gesù

10.00–10.15 Uhr

IMPFFEN – WAS BRINGT DIE ZUKUNFT?

KEYNOTE MR Dr. Rudolf Schmitzberger | Leiter des Referats Impfanliegenheiten
der Österreichischen Ärztekammer

10.15–12.15 Uhr

FORSCHUNG UND PUBLIC HEALTH 2030: GESUNDHEIT FÜR ALLE – FOKUS IMPFFEN & KOMMUNIKATION INKL. PODIUMSDISKUSSION

MODERATION Mag. Erika Sander

IMPULSVORTRÄGE

1. **Universitäre Forschung als Innovationsmotor**
Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber | CIMT, BioNTech-Co-Founder
2. **Wie kommen Impfpfehlungen zustande?**
Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt | Präsidentin ÖGVAK, MedUni Wien,
Institut für Spezifische Prophylaxe u. Tropenmedizin
3. **Warum Wirksamkeit alleine nicht reicht – Impfverhalten psychologisch betrachtet**
Univ.-Prof. Dr. Barbara Schober | Institut für Psychologie der Entwicklung und Bildung, Universität Wien
4. **Gesundheitskompetenz als „sozialer Impfstoff“ – Impfwissen und Impfscheidungen**
Dr. Eva Höttl | Vorstand ÖGVAK | MedUni Wien, Zentrum für Public Health | Erste Bank,
Leiterin des Gesundheitszentrums

ANSCHLIESENDE PODIUMSDISKUSSION (ALPHABETISCH GEREIHT)

- Dr. Eva Höttl | Vorstand ÖGVAK | MedUni Wien, Zentrum für Public Health | Erste Bank,
Leiterin des Gesundheitszentrums
- Univ.-Prof. Dr. Christoph Huber | CIMT, BioNTech-Co-Founder
- Mag. Dr. PH Karin Rumpelsberger, BHC, BA | ÖGK, Expertisezentrum Gesundheits-
förderung, Prävention und Public Health
- Univ.-Prof. Dr. Barbara Schober | Institut für Psychologie der Entwicklung und Bildung, Universität Wien
- Univ.-Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt | Präsidentin ÖGVAK, MedUni Wien,
Institut für Spezifische Prophylaxe u. Tropenmedizin

12:15–13:00 Uhr

SPORTMEDIZIN & PRÄVENTION INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Erika Sander

VIDEO Sportverletzungen - Muss das sein?
Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrner, MSc | Dekan der Fakultät für Gesundheit
und Medizin an der Donau Universität Krems, Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention

KEYNOTE

Prävention des plötzlichen Herztods im Sport
Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. Josef Niebauer, MBA | Präsident der Österreichischen
Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (digital)

KEYNOTE

**Wissenschaftliche Evidenz und Best Practice in der Bewegungs-
förderung bei inaktiven Erwachsenen**
Dr. Eva Adamer-König | Institutsleiterin Gesundheits- und Tourismus-
management, FH Joanneum

13.00–14.30 Uhr Mittagessen im Stiftsmeierhof

14:30–14:45 Uhr

SPECIAL KEYNOTE

KEYNOTE

Perioperativer Rauchverzicht und Benefit bei OPs
Prim. Univ. Prof. Dr. Nikolaus Böhrler | Emeritierter Vorstand der Universitäts-
klinik für Orthopädie und Traumatologie am Kepler Universitätsklinikum

14.45–16.45 Uhr

HERZGESUNDHEIT 2030 – PANTA RHEI INKL. DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Nadja Mader

KEYNOTE Outcome-based Healthcare Herzchirurgie Kardiologie
o. Univ.-Prof. Dr. Günther Laufer | MedUni Wien

KEYNOTE Kardiologische Prävention und Rehabilitation
Prim. Univ. Prof. Dr. Jeanette Strametz-Juraneck | MedUni Wien

KEYNOTE Device Therapie - medizintechnische Errungenschaften in Chirurgie und Intervention
Assoc. Prof. PD Dr. Martin Andreas, MBA, PhD, MEBCTS | MedUni Wien, Ärztekammer

KEYNOTE Herzinsuffizienz 2030: Medikamentöse Therapie
Assoc.-Prof. Priv.-Doz. Dr. Diana Bondermann | Wiener Gesundheitsverbund

KEYNOTE Herzmedizin in der Großstadt
Dr. Michael Binder | Wiener Gesundheitsverbund

KEYNOTE Eurasia Heart: Herausforderungen der Herzmedizin weltweit
Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Paul Robert Vogt | Universitätsspital Zürich

17.15–17.45 Uhr

PFLEGE UND BETREUUNG 2030 INKL.: DISKUSSION IM PLENUM

MODERATION Mag. Nadja Mader

KEYNOTE Pflegekompetenzzentren und Best Agers Bonus Pass
Dr. Alexander Biach | Wirtschaftskammer Wien

VIDEO Assistive Systeme in der Pflege
Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner | Abgeordneter zum Nationalrat (digital)

17.45–18.15 Uhr

AUS DER KLINIK

MODERATION Mag. Nadja Mader

KEYNOTE Belastung von Spitalsärzten
Dr. Stefan Ferenc | Vizepräsident und Obmann der Kurie angestellte
Ärzte der Ärztekammer für Wien

KEYNOTE Die klinische Pharmazie in der Oberösterreichischen Gesundheitsholding GmbH
Dr. Harald Schöffel | Oberösterreichische Gesundheitsholding

18.15–19.15 Uhr

SPECIAL KEYNOTE

MODERATION Mag. Nadja Mader

SPEAKER Vom Labor zur Immuntherapie - Ausdauer, Dauer und Herausforderungen
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Hannes Stockinger | MedUni Wien,
Zentrum für Pathophysiologie, Infektiologie und Immunologie

ab 19.15 Uhr

Get-together

FREITAG | 20. MAI 2022

09.00–09.30 Uhr

KINDER- UND JUGENDGESUNDHEIT

KEYNOTE Österreich – hochentwickeltes Gesundheitssystem, aber mit
dramatischen Mängeln im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit
Hon. Prof. Dr. Christoph Klein | Arbeiterkammer Wien, Direktor

KEYNOTE Wegweiser in die Zukunft: Essenzielle Schritte zur Sicherung der
pädiatrische Grundversorgung Österreichs
Univ.-Prof. Dr. Kurt Widhalm | Präsident des österreichischen
akademischen Instituts für Ernährungsmedizin

09.30–11.30 Uhr

IMPULSE FÜR VERBESSERTE ARZNEIMITTELVERSOR- GUNG: PERSPEKTIVEN FÜR ÖSTERREICH UND EUROPA INKL. PODIUMSDISKUSSION

MODERATION Mag. Nadja Mader

KEYNOTE Verfügbarkeit von Arzneimitteln – ein zentrales Thema der Pharmastrategie.
Berücksichtigung bei der Revision der EU-Pharmagesetzgebung
DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche | Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht

KEYNOTE Arzneimittel-Herstellungsmethoden der Zukunft!
Welche Möglichkeiten gibt es?
Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes Khinast | TU Graz,
Institut für Prozess- und Partikeltechnik

KEYNOTE Daten im Gesundheitssystem – ein noch nicht gehobener Schatz!
Univ.-Prof. Dr. Ruth Ladenstein | Leiterin der Arbeitsgruppe Studien
und Statistik der St. Anna Kinderkrebsforschung

KEYNOTE Datenqualität und Datennutzung: Chancen für die Zukunft
Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuer | Präsident der Gesellschaft
für Pharmazeutische Medizin

PODIUMSDISKUSSION

- Univ.-Prof. Dipl.-Ing. Dr. Johannes Khinast | TU Graz, Institut für Prozess- und Partikeltechnik
- Prof. Dr. Ruth Ladenstein | Leiterin der Arbeitsgruppe Studien und Statistik der St. Anna
Kinderkrebsforschung
- Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuer | Präsident der Gesellschaft für Pharmazeutische Medizin
- DI Dr. Christa Wirthumer-Hoche | Leiterin der AGES Medizinmarktaufsicht

11.30–11.45 Uhr

SPECIAL KEYNOTE

KEYNOTE Darmgesundheit 2030
Univ.-Prof. Arthur Kaser | Universität Cambridge, Institute of Therapeutic
Immunology and Infectious Disease

11.45–13.30 Uhr

SPECIAL KEYNOTES

MODERATION Mag. Nadja Mader

KEYNOTE Potenzial von Nanomedikamenten und Herausforderungen
an die Produktion
Dr. Beat Flühmann | Vifor Pharma GmbH

VIDEO Wo Gesundheitskasse draufsteht, muss Gesundheitskasse drinnen sein!
Andreas Huss, MBA | ÖGK

KEYNOTE Screening von Hochrisikopopulationen mit PET/CT: Vision oder Unsinn?
Univ.-Prof. Dr. Marcus Hacker | MedUni Wien, Univ.-Klinik für Radiologie
und Nuklearmedizin Wien

KEYNOTE Orthopädie und Prävention im Kindes- und Jugendalter
ao. Univ.-Prof. Dr. Catharina Chiari | Präsidentin der Österreichischen
Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

KEYNOTE Personalisierte Medizin bedarf einer personalisierten Erstattung
DI Martin Brunner, MEng, MSc | Österreichische Sozialversicherung

13.30–14.45 Uhr

PRAEVENIRE Essentielles & Konkretes

MODERATION Mag. Nadja Mader

VIDEO Essenzen des Workshops Diabetes
& KEYNOTE Prof. Dr. Bernhard Rupp | Arbeiterkammer Niederösterreich

VIDEO Essenzen des 4. PRAEVENIRE Digital Health Symposions
& KEYNOTE Prof. Dr. Reinhard Riedl | Vorstand PRAEVENIRE

VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Onkologie 2030
& KEYNOTE Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant | MedUni Wien

VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Darmgesundheit 2030
& KEYNOTE Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Vanessa Stadlbauer-Köllner, MBA | Leiterin der
Forschungseinheit „Transplantation Research“ der Med Uni Graz (digital)

VIDEO Essenzen „Die Intramuralen“

& KEYNOTE N.N.
Essenzen Petition Harm Reduction & Risikominderung
& KEYNOTE N.N.

VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Früherkennung von Hautkrebs
& KEYNOTE N.N.

VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Brainhealth Initiative Früherkennung
& KEYNOTE Priv.-Doz. Dr. Johannes Pleiner-Duxneuer | Präsident der Gesellschaft
für Pharmazeutische Medizin.

VIDEO Essenzen des Gipfelgesprächs Diabetes 2030
& KEYNOTE Prim. Univ.-Prof. Dr. Martin Clodi | Präsident der Österreichischen Diabetes Gesellschaft

14.45 Uhr

Schlusskeynote Resümee & Ausblick

SPEAKER Dr. Hans Jörg Schelling | Präsident PRAEVENIRE



Neues Selbstverständnis für die Allgemeinmedizin

Vielfältigkeit und kontinuierliche Gesamtschau auf die einzelne Patientin, den einzelnen Patienten zeichnen die Allgemeinmedizin aus. Im Gespräch mit PERISKOP analysierten Dr. Susanne Rabady, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), und Dr. Richard Brodnig, Obmann der Jungen Allgemeinmedizin Österreich (JAMÖ), **DAS ZEITGEMÄSSE (SELBST-) VERSTÄNDNIS DER HAUSARZTMEDIZIN** und die damit verbundenen Herausforderungen sowie Chancen. Ein umfassender Überblick aus der Perspektive zweier Generationen. | von Lisa Türk, BA

Die zeitgemäße Weiterentwicklung von allgemeinmedizinischer Theorie und Praxis zählen zu den zentralen Aufgaben der ÖGAM. Ziel ist es, als Fachgesellschaft den Stellenwert der Hausarztmedizin als wesentliche Säule in Gesundheitssystem und Primärversorgung mit allen Facetten und Modellen, jeweils an die Bedürfnisse der Menschen angepasst, zu erhalten und zu erhöhen. Wissenschaftstransfer, klare Definition des Berufsbildes, strukturierte interdisziplinäre Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen und Optimierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung bilden die Schwerpunktthemen.

PERISKOP: Frau Dr. Rabady, inwiefern hat sich das Berufsbild der Hausarztmedizin aus Ihrer Sicht als Präsidentin der ÖGAM und langjährige Allgemeinmedizinerin im Laufe der Zeit verändert?

RABADY: Es sind zwei unterschiedliche Arten von Veränderung zu beobachten, wobei Stadt- und Landmedizin getrennt zu betrachten sind. Ich selbst war jahrelang in einer Landarztpraxis tätig und habe hier starke Tendenzen in Richtung Urbanisierung wahrgenommen. Zu Beginn war der Zugang zur spezialisierten Medizin nicht gut, mittlerweile ist er exzellent, was natürlich zahlreiche Vorteile mit sich bringt. Allerdings nicht ausschließlich, da wir dadurch als Hausärztinnen und Hausärzte doch ein gewisses Maß an Kontinuität eingebüßt haben. Nach wie vor haben wir die Rolle des „personal doctor“, der Vertrauensärztin, des Vertrauensarztes für die Patientinnen und Patienten inne – allerdings in einem geringeren Ausmaß als früher. Die zweite Veränderung basiert auf der Selbstwahrnehmung des Fachs und der gesamten Berufsgruppe, die deutlich gestärkt und verbessert wurde – eine Entwicklung, die mit Sicherheit auch das Ergebnis der Arbeit der ÖGAM und deren Austausch mit der JAMÖ ist. Immer wieder hat uns die nachrückende

Generation im Zuge ihrer Forderungen, Erwartungen und Wünsche an den Beruf herausgefordert und motiviert. Diese gegenseitige Befruchtung und Weiterentwicklung möchte ich nicht missen.

Im Zuge ihrer Team-Leading-Funktion gewährleistet die Allgemeinmedizin Kontinuität und ermöglicht eine Gesamtschau auf die Patientin bzw. den Patienten.

Susanne Rabady

Herr Dr. Brodnig, aus Ihrem Blickwinkel als Obmann der JAMÖ – welche konkreten Erwartungen haben Sie als angehender Hausarzt an den Beruf und Praxisalltag?

BRODNIG: Ich wünsche mir, auf Basis einer fundierten und qualitativ angemessenen allgemeinmedizinischen Ausbildung in die Primärversorgung hinauszugehen und meine Patientinnen, Patienten bestmöglich langfristig betreuen zu können. Das ist das Schöne an diesem Beruf – als Hausärztin, Hausarzt lebt man mit den Patientinnen und Patienten mit, man lernt die Menschen eingebettet in ihr soziales Gefüge kennen. Die optimale Anwendung der erworbenen Kompetenzen impliziert für mich in der (Langzeit-) Betreuung von Patientinnen, Patienten die Verfügbarkeit entsprechender Mittel und insbesondere zeitlicher Ressourcen inklusive adäquater Honorierung. Weiters ist es für mich ganz wesentlich, die derzeitige Vielfalt an Berufs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten in der allgemeinmedizinischen Praxis zu erhalten, um junge Kolleginnen und Kollegen in ihren unterschiedlichen Erwartungen nicht zu enttäuschen, zu demotivieren und letztlich andere Fachrichtungen zu verlieren.

Welche Schritte sind notwendig, um die Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin bzw. zum Allgemeinmediziner zeitgemäß weiterzuentwickeln?

BRODNIG: Ganz wesentlich ist die gesteigerte Praxisorientierung in Form einer in der Ausbildung zeitlich früher angesetzten, verlängerten und adäquat honorierten Lehrpraxis. Derzeit findet die Ausbildung hauptsächlich im Krankenhaus statt, erst etwa drei Jahre nach dem Studium kommen junge Allgemeinärztinnen, -ärzte erstmals mit der Lehrpraxis bzw. Hausarztordination in Berührung. In anderen Ländern dauert die Lehrpraxis teils zwei oder drei Jahre, in Österreich lediglich sechs Monate. Das ist zu kurz. Wenn man als Hausärztin oder -arzt tätig sein möchte, sollte man die Möglichkeit bekommen, sich relevante hausärztliche Kompetenzen direkt aus der Praxis anzueignen.

RABADY: Es braucht allenfalls mehr Praxisnähe in der Ausbildung. Denn viele junge Kolleginnen und Kollegen haben zwar den Turnus im Krankenhaus absolviert und den Titel der Allgemeinmedizinerin oder des Allgemeinmediziners erworben, ahnen jedoch nicht, dass der eigentliche Beruf sich ganz anders gestaltet. Es kann nicht sein, dass diese Ärztinnen und Ärzte weit überwiegend von Berufsfremden ausgebildet werden. Die Facharzt Ausbildung, die bei der jungen Generation auch zu einer Attraktivierung des Berufsbildes beitragen würde, sollte hier Abhilfe schaffen. Gerade erst kürzlich hat COVID-19 verdeutlicht, wie essenziell gut ausgebildete Allgemeinärztinnen und -ärzte sind, die sich ihrem Selbstverständnis nach als zentraler Anlaufpunkt in der Gesundheitsversorgung wahrnehmen. Es ist absurd und nicht zeitgemäß, dass die Allgemeinmedizin als eine Art Überbleibsel im System verstanden wird, wo sie doch derart breit gefächert ist und zahlreiche Zusatzleistungen des Integrierens so vieler Aspekte impliziert.

© KRISTIAN JUHÁSZ

Welche Maßnahmen braucht es in Richtung einer Attraktivierung des gesamten Berufsbildes?

RABADY: Oftmals besteht der Glaube, die Fachärztin oder der Facharzt sei die bessere Ärztin, der besser Arzt. Diese Wahrnehmung sickert leider in Form einer absolut nicht realitätsgetreuen Selbstwahrnehmung bis in die Berufsgruppe durch. Es braucht ein neues Selbstverständnis für die Allgemeinmedizin. An diesem Punkt muss man im Zuge des emanzipatorischen Prozesses ansetzen, dieser Prozess muss vom zu emanzipierenden Subjekt selbst ausgehen. Die Allgemeinmedizin bringt einen starken gestalterischen Aspekt mit sich. Wir Allgemeinärztinnen, -ärzte machen die Patientinnen und Patienten zu einer Art Gesamtkunstwerk, wir fügen unterschiedlichste Einzelteile zu einem Gesamtbild zusammen, das wir stets auf ganzheitliche Weise in den Lebenskontext der Menschen einbetten. Das verhindert Komplikationen, spart Zeit, Kosten, Wege und Medikamente, bringt aber auch eine enorme Komplexität mit sich, die höchste medizinische aber auch sozial-kommunikative Kompetenz erfordert. Dieses Selbstbewusstsein müssen wir nicht nur für uns klar definieren, sondern auch nach außen spiegeln. Wir brauchen Sichtbarkeit – sowohl im Hinblick auf Laien und Entscheidungsträger als auch Angehörige weiterer Fachrichtungen. Denn in puncto medizinischer Gesamtschau und Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen hat die Allgemeinmedizin eine Team-Leading-Funktion inne. Sie stellt die Behandlungs- und Betreuungskontinuität sicher und einen Konnex zwischen allen beteiligten Partnerinnen und Partnern her. Das ist insbesondere im Hinblick auf die Früherkennung von und Langzeitbetreuung bei chronischen Erkrankungen, aber natürlich auch im Kontext von Akutbeschwerden, relevant.



© KRISTIAN JUHÁSZ

Im Hinblick auf die genannte Team-Leading-Position der Allgemeinmedizin – wo liegen Brennpunktthemen?

RABADY: In der Folge einer klaren Definition der Systemrolle der Allgemeinmedizin braucht es festgelegte Kooperationspartnerinnen und -partner, die sich auch als solche erleben. Die Zusammenarbeit und Interaktion brauchen klare Strukturen. Ein ganz zentraler Aspekt ist die gegenseitige Informations-, Rückmelde- und Befundübermittlungspflicht. Diese ist für die Allgemeinmedizin eine Grundvoraussetzung, um ihrer Team-Leading-Funktion nachkommen zu können. Befunden und Verschreibungen hinterherjagen zu müssen, geht mit einem enormen Zusatzaufwand einher, der nicht nur einer Missachtung der hausärztlichen Kolleginnen, Kollegen, sondern auch der Patientinnen, Patienten gleichkommt. Abgesehen davon brauchen wir einen österreichweit einheitlich geregelten und harmonisierten Zugang zu den einzelnen Gesundheitsberufen in Form von Sachleistungen. Wir müssen das Leistungs- und Leistungsspektrum, das international klar definiert ist, auch tatsächlich anbieten können. Es darf nicht vorkommen, dass leitlinienkonforme Leistungen in einzelnen Bundesländern nicht rückerstattet werden.

Welche Rolle spielt die Digitalisierung im Kontext der Rückmeldepflicht bzw. der interprofessionellen Zusammenarbeit im Allgemeinen?

BRODNIG: Es ist definitiv notwendig, hier technisch einen Schritt in die Zukunft zu gehen und digitale Interaktionsmöglichkeiten auszubauen. Es ist erschreckend und alltagserschwerend, dass neue Technologien in vielen Praxen und Spitälern noch immer nicht etabliert sind. Die Kompatibilität zwischen ELGA-Systemen und einzelnen Praxissoftwares ist oftmals nicht



gegeben, wodurch es nicht möglich ist, digitale Befunde oder etwa Medikamentenlisten zu übertragen oder direkt zu integrieren.

RABADY: Ein Schritt in Richtung Zukunft wäre die Implementierung einer honorierten telemedizinischen Patientenkonsultation, im Zuge derer sich Hausärztinnen, -ärzte, spezialisierte Fachärztinnen, -ärzte und Patientinnen, Patienten auch über weitere Entfernungen hinweg miteinander austauschen können. Wir haben bereits während der Coronapandemie versucht, die Telekommunikation zwischen Hausärztinnen, -ärzten und spezialisierten Kolleginnen, Kollegen zu etablieren, sind allerdings leider gescheitert, da nicht ausreichend Kolleginnen und Kollegen mitgezogen sind. Natürlich stellt die digitale Konsultation einen Kulturwandel dar, der Zeit benötigt, allerdings auf lange Frist auch spart und somit allenfalls eine zukunftsweisende Perspektive mit sich bringt.

Im Sinne der gesteigerten Praxisorientierung der Ausbildung ist eine zeitlich früher angesetzte, verlängerte und adäquat honorierte Lehrpraxis wesentlich.

Richard Brodnig

Stichwort COVID-19 und Interprofessionalität – welche Rolle hat die Hausarztmedizin hier eingenommen?

RABADY: Von der Prävention über Früherkennung und Impfkommunikation bis hin zur Langzeitversorgung im Zuge von Long COVID hat die Allgemeinmedizin eine ganz zentrale Funktion. So war die ÖGAM etwa bei der interdisziplinären Erarbeitung einer Leitlinie bei Long COVID federführend. In enger Kooperation mit insbesondere der Karl-Landsteiner-Universität hat die ÖGAM einen kontinuierlichen Prozess der Wissensvermittlung etabliert; Forschung aus der Primärversorgung und wissenschaftliche Forschung an allen allgemeinmedizinischen Fachbereichen an den österreichischen Universitäten gingen Hand in Hand miteinander. Aus der Krise haben wir gelernt, dass wir, wenn wir forschend wirksam und allgemein sichtbar werden wollen, Daten in der Praxis digital erfassen und der Wissenschaft zur Verfügung stellen müssen. Auf Basis von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein hat die Allgemeinmedizin in der Krise auf blitzartige und effektive Weise Methoden zum Wissenstransfer entwickelt. Dieses neue Selbstverständnis und diesen interdisziplinär wertschätzenden Prozess, der allenfalls Vorbildfunktion hat, gilt es nun künftig, auch auf andere (chronische) Erkrankungen umzumünzen. P



Braincoach | Folge 1

Demenz schrittweise vorbeugen

Demenz ist eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen unserer Zeit – 55 Millionen Personen sind weltweit von Demenz betroffen, die Zahl verdoppelt sich alle 20 Jahre und die Krankheitskosten sind enorm.



Eine nihilistische Sichtweise und Praxis (z. B. fehlende Diagnosen, fehlende Behandlung) sind fatal, sowohl vom Standpunkt des Individuums als betrachtet — als auch für unser Gesundheitssystem. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist Demenz ein multi-dimensionales Zusammenspiel verschiedener Risiken, die teilweise im Laufe des Lebens erworben werden. Die Behandlung von Risikofaktoren (z. B. Bewegungsmangel, fehlende geistige Stimulation, Fehlernährung, Stress) gibt daher Grund zur Hoffnung. Die Vermittlung klarer Gesundheitsbotschaften kann gelingen, wenn die beiden häufigsten Demenzformen — Alzheimerdemenz und vaskuläre Demenz — in einen breiteren Kontext gestellt werden und mit anderen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden (z. B. Herzgesundheit ist

Hirngesundheit). Außerdem müssen die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit des Gehirns über die gesamte Lebensspanne gesehen werden (Risikofaktorenforschung). Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass Veränderungen im Gehirn viele Jahre vor Ausbruch der Symptome einer demenziellen Erkrankung nachweisbar sind. Zeitgerechtes Risikomanagement ist daher von großer Bedeutung. Gute Vorsätze auf der Basis von Ratschlägen führen sehr oft nicht dazu, dass die Ratschläge umgesetzt werden. Nachhaltige Veränderung von Gewohnheiten sind individuelle und komplexe Prozesse, die dringend weiter erforscht und beobachtet werden müssen, wenn wirkungsvolle Gesundheitsmaßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils entwickelt werden sollen. Menschen orientieren sich



Univ.-Prof. Dr. Stefanie Auer, Leiterin des Zentrums für Demenzstudien der Donau Universität Krems.

Public Health | Folge 3

5 Jahre Wiedereingliederungsteilzeit

Rückkehr nach Krankenstand



In Österreich trat 2017 die Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) in Kraft. Sie ermöglicht Menschen, die in Beschäftigung stehen und für mindestens sechs Wochen physisch oder psychisch erkrankt sind, eine befristete Herabsetzung ihrer bisherigen Arbeitszeit zur Erleichterung des Wiedereinstiegs in den Arbeitsalltag und somit schrittweise in das Arbeitsleben zurück zu kehren. Ziel ist es, das gesetzliche Pensionssystem durch Anhebung des faktischen Pensionsalters und Erhöhung der Beschäftigungsquote Älterer zu sichern. Die WIETZ kann für 1-6 Monate beantragt werden und einmalig um 3 Monate verlängert werden. Während dieser Zeit erhalten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer neben dem entsprechenden der Arbeitszeitreduktion gebührendes Entgelt aus der Teilzeitbeschäftigung einen Anspruch auf Wiedereingliederungsgeld aus Mitteln der sozialen Krankenversicherung.



Dr. Eva Höttl, Arbeitsmedizinerin im Health Center der Erste Bank AG

- Das Vorliegen eines mindestens sechswöchigen Krankenstands.
 - Eine Beratung über die Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit durch Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner oder fitzwork sowie die Erstellung eines Wiedereingliederungsplans und einer Wiedereingliederungsvereinbarung durch die Arbeitnehmerin bzw. den Arbeitnehmer gemeinsam mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber in dem die Rahmenbedingungen für die schrittweise Rückkehr in den ursprünglichen Arbeitsprozess festgehalten werden.
 - Die Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes durch den Krankenversicherungsträger.
- Eine erste Evaluierung durch das Bundesministerium für Arbeit zeigte im Beobachtungszeitraum von 1. Juli 2017 (Inkrafttreten des Gesetzes) bis 30. Juni 2019, dass mit 7.331 gestellten Anträgen die Inanspruchnahme deutlich höher als erwartet war. Hauptdiagnosen waren — mit einem Drittel aller Anträge — psychische Erkrankungen, gefolgt von Krebser-

krankungen (15,3 Prozent), und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (14,8 Prozent). Die meisten Anträge (über 40 Prozent) waren der Altersgruppe von 45 bis 54 Jahren zuzuordnen, was nachvollziehbar ist, da Langzeiterkrankungen mit steigendem Lebensalter zunehmen. Es wurde im Zuge der Evaluierung auch festgestellt, ob Personen im Monat nach Ende der WIETZ sowie drei und sechs Monate danach weiterhin erwerbstätig sind. Es zeigt sich, dass auch nach sechs Monaten noch rund 90 Prozent der (ehemaligen) Bezieherinnen und Bezieher von Wiedereingliederungsgeld im Erwerbsleben standen. Die WIETZ ist damit eine echte Chance, nach längerer und schwerer Erkrankung wieder im Arbeitsleben Fuß zu fassen. Um als arbeitsmarktpolitisches Instrument zu wirken, wird die WIETZ jedoch mit Sicherheit zu selten in Anspruch genommen. Bei rund 166.000 jährlichen Fällen von Langzeiterkrankungen (alle Versicherten, alle Branchen, Arbeiter und Angestellte) sind 3000-4000 jährliche Inanspruchnahmen einer WIETZ sicher nicht ausreichend, um allgemeine Effekte zu sehen. Die WIETZ wird zu fast 60 Prozent von Personen aus Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten in Anspruch genommen, weitere Merkmale sind höhere Qualifikation und langjährige Betriebsbindung. Es wäre daher wünschenswert, sowohl Betrieben — besonders Klein- und Mittelständigen — als auch behandelnden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeiten eines sanften Einstiegs in das Berufsleben nach schwerer Erkrankung näher zu bringen, um die Chancen des Erhalts der Erwerbsfähigkeit des Mitarbeiters bzw. Patienten zu verbessern. Die beschränkte Dauer der Arbeitszeitreduktion stellt allerdings bei chronischen Erkrankungen oder für Personen mit längerfristigen gesundheitlichen Einschränkungen kein geeignetes Instrument zur Reintegration dar — hier sollten weitere Konzepte entwickelt werden. P

am Verhalten anderer oder an Umgebungsbedingungen (z. B. Essgewohnheiten innerhalb einer Familie), die durch emotionale Bindungen gefestigt werden. Aus diesem Grund sollen neben der verständlichen und zielgruppenspezifischen Wissensvermittlung zum Thema gesünderer Lebensstil auch Hilfestellungen angeboten werden, wie man in kleinen und individuell geplanten Schritten zu einem gesünderen Lebensstil finden kann. Die Voraussetzung für Lernen ist eine freundliche Atmosphäre, die ermutigend wirkt und Irrwege verzeiht. Jeder Mensch hat seine eigene Geschwindigkeit, wenn es darum geht, Gewohnheiten zu ändern. Um die Motivation zur Veränderung von Gewohnheiten aufrecht zu erhalten, ist Ermutigung und Verstärkung nötig. Elektronische Gesundheitslösungen (E-Health Plattformen) haben durch COVID-19 neue Dimensionen eröffnet, die wir dringend nutzen sollen, um breite Interventionen zur Förderung der Gesundheit des Gehirns zu entwickeln. Diese sind ökonomisch interessant und können schnell breite Teile der Bevölkerung erreichen. In einigen Ländern werden derzeit Internet-basierte interaktive Gesundheitsplattformen zum Thema Hirngesundheit entwickelt und getestet, die auch wichtige, wissenschaftlich wertvolle Daten sammeln (MejjiBreincoach: www.mijnbreincoach.eu, Maintain your brain: www.maintainyourbrain.org, Prodemos: www.prodemos-project.eu/project/#tab-id-2-active, Brain guide: mybrainguide.or). Diese Daten geben Einblick in die Erfahrungen der Nutzerinnen und Nutzer der Plattformen und liefern wichtige Hinweise zu ersten Anzeichen von Veränderungen in der Gehirngesundheit. Für den deutschsprachigen Raum gibt es kaum Initiativen für die Entwicklung derartiger Plattformen. Diese sollten dringend in Kooperation mit Versicherungen und anderen wichtigen Akteuren im Gesundheitswesen entwickelt werden. Die Zeit drängt! P

© PETER HAUZINGER, PETER PROVAZNIK, SHUTTERSTOCK

© KATHARINA SCHIFFEL

Was bringt die Osteopathie?

Osteopathische Behandlungen erfreuen sich zunehmender Beliebtheit. Deren WIRKUNG IST EMPIRISCH BELEGT UND WIRD LAUFEND WEITER WISSENSCHAFTLICH ERFORSCHT. Allerdings sieht sich die Österreichische Gesellschaft für Osteopathie (OEGO), wie deren Präsidentin Margit Halbfurter, MSc, D. O., gegenüber PERISKOP erwähnt, zunehmend mit Trittbrettfahrern konfrontiert. Diese bieten unter dem zugkräftigen Schlagwort der Osteopathie Leistungen an, die damit fachlich gar nichts zu tun haben. | von Rainald Edel, MBA

Rund zehn Prozent der über 15-Jährigen in Österreich suchen laut einer Studie der Statistik Austria aus dem Jahr 2019 eine Osteopathin, einen Osteopathen auf. „Wir behandeln pro Woche geschätzt 30.000 Personen aller Altersgruppen — von Babys bis zu Hochbetagten“, erklärt Margit Halbfurter, MSc, D. O., Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie. Die Beschwerden, die Betroffene dazu veranlassen, Hilfe bei einer Osteopathin oder einem Osteopathen zu suchen, sind unterschiedlichster Art und reichen von akuten Problemen über chronische Schmerzzustände des gesamten Bewegungsapparates bis hin zu Störungen verschiedener Systeme des Körpers (Verdauungssystem, Hormonsystem, Nervensystem etc.). Eine osteopathische Behandlung wird unter Berücksichtigung einer Vielzahl von Faktoren und unter Einbeziehung aller Systeme des Menschen — strukturell-funktionell, viszeral und cranosacral — individuell zusammengestellt. Ziel ist es, die Ursache der Beschwerden, nicht lediglich die Symptomatik, zu behandeln. Hierfür ist es vorab notwendig, Kontraindikationen auszuschließen, die gegen bestimmte osteopathische Techniken sprechen bzw. zu eruiieren, ob eine weitere medizinische Abklärung notwendig ist.



Berufsbezeichnung und Behandlungsmethoden nicht geschützt

Obwohl Osteopathinnen und Osteopathen regen Zulauf haben, fehlt ihnen in Österreich immer noch die gesetzliche Anerkennung. „Es gibt uns als gesetzlich reglementiertes Berufsbild in Österreich gar nicht“, sagt Margit Halbfurter. Die Physiotherapeutin und Osteopathin ist als Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OEGO) das Sprachrohr ihrer Kolleginnen und Kollegen. Dass die Berufsbezeichnung nicht geschützt sei und es keine verbindliche Ausbildung gebe, sei ein großes Problem. Denn so kann sich jede und jeder Osteopathin, Osteopath nennen, ohne dass eine fachliche Ausbildung oder eine Qualität der Leistung dahintersteht. „Das bringt nicht nur unser Berufsbild in Verruf, sondern gefährdet auch Patientinnen und Patienten, die auf eine fachlich fundierte Behandlung vertrauen, die ihnen Linderung ihrer Beschwerden bringt“, erklärt Halbfurter. So werde beispielsweise von Personen, die einen Gewerbebeschein als Energetikerin, Energetiker besitzen, gerne eine cranosacrale Therapie angeboten. Dies ist allerdings nicht gleichzusetzen mit der cranosacralen Osteopathie. „Die cranosacrale Osteopathie beschäftigt sich im Wesentlichen mit der Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit, welche das Nervensystem vom Schädel (Cranium) bis zum Kreuzbein (Sacrum) schützt, nährt und bewegt und sich in einem feinen rhythmischen Pulsieren bemerkbar macht. Dieser Rhythmus ist über das Bindegewebe im ganzen Körper tastbar. Bei uns geht es um Neuroanatomie, Neurophysiologie, um komplexe Zusam-

menhänge und Verbindungen“, betont die OEGO-Präsidentin. All das habe nichts mit Energetik zu tun. „Wir schicken keine Energie oder sonst etwas in die Patientin, den Patienten hinein. Alles, was wir machen, hat einen anatomischen und physiologischen Hintergrund“, unterstreicht Halbfurter. Ein Grund, weshalb sie eine große Ärzteschaft hinter sich weiß. Zudem würden auch schon jetzt einige Kassen und Zusatzversicherungen die Kosten für Osteopathie übernehmen.

Fundierte Ausbildung

Gegründet wurde die Schule der Osteopathie gegen Ende des 19. Jahrhunderts in den USA von einem Arzt namens Andrew Taylor Still. Osteopathie ist eine eigenständige medizinische Behandlungsmethode, basierend auf medizinischen Grundlagenfächern wie allgemeiner und funktionaler Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Embryologie. Ziel der Osteopathie ist es, den pathophysiologischen Mechanismus hinter einer Erkrankung zu diagnostizieren, mittels manueller Techniken die Genesung einzuleiten und so die Wiederherstellung, Aufrechterhaltung oder Verbesserung eines bestmöglichen Gesundheitszustands zu erreichen. Osteopathinnen und Osteopathen arbeiten am Skelett, an den Muskeln, Faszien (Bindegewebsstrukturen), an Nerven, inneren Organen und am Kopf. Im Zuge dieser Behandlungen sind genaue Kenntnisse und

BioBox

Margit Halbfurter, MSc, D. O. ist Osteopathin (WSO) und Kinderosteopathin (OZK). Sie lebt und arbeitet freiberuflich in Villach und Wien. Die Ausbildung an der WSO schloss sie 2015 mit dem Master of Science an der Donau Universität Krems ab. In der Masterarbeit beschäftigte sie sich mit dem Thema „Leaky Gut“, das sie bis heute sehr interessiert und begleitet. Es ist ihr ein großes Anliegen, sich für die Anerkennung der Osteopathie als Berufsstand in Österreich einzusetzen und das hohe Ausbildungsniveau zu sichern.



exaktes Wissen der Bereiche Anatomie, Embryologie, Physiologie und Pathologie unabdingbar; eine jahrelange Schulung ist essenziell. Im Rahmen dieser wird vor allem ein Erlernen der palpatorischen Fähigkeiten (des Fühlens von Blockaden) in den Fokus gerückt, die eine osteopathische Befundung erst möglich machen. Im Sinne der Patientinnen und Patienten ist es daher essenziell, zu verhindern, dass Personen mit unzureichender Ausbildung osteopathisch behandeln oder sich Osteopathin oder Osteopath nennen dürfen. Derzeit sind in Österreich circa 1.500 Osteopathinnen und Osteopathen tätig, davon sind rund 600 Mitglied der OEGO, die als freiwillige Berufsvertretung gilt. Sowohl in der Ausbildung wie auch in der Berufsausübung orientieren sich die OEGO an den internationalen CEN-Standards. Osteopathin, Osteopath im Sinne der OEGO kann nur werden, wer bereits eine medizinische Grundausbildung als Ärztin, Arzt oder Physiotherapeutin, Physiotherapeut absolviert hat. In Österreich gibt es derzeit zwei Schulen, die eine entsprechende Ausbildung anbieten — die Wiener Schule für Osteopathie und die International Academy of Osteopathy. Es handelt sich dabei um eine vierjährige, berufsbegleitende Ausbildung für die beiden oben genannten Berufsgruppen. Darauf aufbauend kann noch ein Masterabschluss an der Donau-Universität Krems erworben werden.

Gesetzliche Regelung sichert Ausbildungsqualität und schützt Patientinnen und Patienten

Während die Osteopathie in 13 europäischen Ländern als gesetzlich reglementierter Gesundheitsberuf und als eigenständige Behandlungsmethode bereits verankert ist, fehlt hierzulande eine solche Regelung. „Österreich ist hier Nachzügler. Im Moment sind wir wie ein Auto, das ohne Typenschein fährt“, schildert Halbfurter. Die gesetzliche Verankerung und Anerkennung als eigenständiger Gesundheitsberuf durch das Gesundheitsministerium sind die vorrangigen Ziele, welche die OEGO erreichen möchte. Damit einher sollte auch die Schaffung eines anerkannten Vertretungsgremiums für Osteopathie gehen. Dies würde eine weitere Qualitätssicherung darstellen, etwa durch eine Listung der Anbieter, die alle Voraussetzungen zur Berufsausübung erfüllen, in einem Therapeutenregister. „Dies würde für Sicherheit und Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten sorgen“, betont Halbfurter. Langfristig betrachtet, würden das Berufsrecht und die damit verbundene reglementierte Ausbildungsrichtlinie auch die Zusammenarbeit mit den anderen Gesundheitsberufsgruppen stärken, da man so die „schwarzen Schafe“ an der vermeintlich gleichlautenden Berufs- und Methodenausübung hindern könnte. P



POLITIK

Reha-Optimierung: früh und treffsicher

REHABILITATIONSMASSNAHMEN SIND HOCH WIRKSAM. In Österreich konzentriert sich dieser Bereich noch immer zum größten Teil auf Tertiärprävention in stationären Einrichtungen. Fälschlicherweise vermischt werden in der Diskussion Reha und das Kurwesen. Zur Optimierung bedarf es früher Anwendung und entsprechender Treffsicherheit, stellten Expertinnen und Experten bei den PRAEVENIRE Talks in Gastein vom 29.9.2021 fest. | von Wolfgang Wagner

Ziel der Rehabilitation ist immer berufliche Teilhabe, Teilhabe am Leben. „Rehabilitation ist ein unglaublich spannendes und wirksames ‚Produkt‘. Da ist in den vergangenen Jahren sehr viel geschehen. Die Frage bleibt aber: ‚Wann ist ein guter Zeitpunkt für Rehabilitation?‘“, erklärte Dr. Eva Höltl, Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Group Bank AG, in einem Eingangsstatement. Die Frage des richtigen Zeitpunktes bzw. des Ortes für das Einsetzen von Reha-Maßnahmen stelle sich zum Beispiel besonders bei psychischen Problemen. Die Arbeitsmedizinerin: „Der Arbeitsplatz ist der Ort, wo Leistung beurteilt wird, Flexibilität und emotionale Stabilität ganz wichtige Fähigkeiten sind.“ Der Arbeitsplatz könne somit auch jener Ort sein, an dem ein Rehabilitationsbedarf als Erstes auffallen sollte. Je früher, desto besser. Insgesamt sei die Situation in den vergangenen Jahren deutlich besser geworden, betonte Eva Höltl. Das sei vor allem den neu geschaffenen Möglichkeiten zur schrittweisen Wiedereingliederung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nach längerer Erkrankung zu verdanken: „Seit 2017 haben wir die Wiedereingliederungs-Teilzeit nach mindestens sechs Wochen Krankenstand über ein halbes Jahr hinweg.“ Zumeist komme es in dieser Phase zu einem Wiedereinstieg mit etwa 50 Prozent der sonst üblichen Arbeitszeit. Das erlaube auch Arbeit und Rehabilitation nebeneinander.

Mehr Awareness für Rehabilitation wäre notwendig.

Richard Crevenna

Awareness in der gesamten Gesellschaft schaffen

Entscheidend für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen sei aber, dass sie überhaupt dort ankommen, wo sie gebraucht werden, betonte Univ.-Prof. Dr. Richard Crevenna, Vorstand der Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin der MedUni Wien in einem weiteren Impulsreferat. „Wir brauchen viel mehr Awareness. Es muss ein Ziel geben, das ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team mit den Patientinnen und Patienten formuliert und nach einem stationären Aufenthalt gemeinsam langfristig erreicht.“ Nicht nur stationäre Reha ist verlangt. Der Klinikchef: „Nach der stationären Rehabilitation brauchen wir auch eine ambulante Rehabilitation und Möglichkeiten zur telemedizinischen Rehabilitation.“ Soziale Teilhabe und Wiedereingliederung ins Arbeitsleben müssten das Ziel sein. Hier



OGB



Sonderbeilage Salzburger Nachrichten, Erscheinungstermin 15. Oktober 2021

müssten auch Medizinstudium, Ärzteausbildung und Bewusstseinsbildung bei Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten sowie sonstigen Beteiligten gefördert werden.“ Der Arzt bzw. die Ärztin, welche eine Diagnose stellen, sollten bereits die ersten Rehabilitationsmaßnahmen im Auge haben. „In der Onkologie nennt man das ‚Cancer Care Continuum‘: Prävention, Diagnose, Prärehabilitation, Primärtherapie und Reha“, erklärte Crevenna. „Mit einer Prärehabilitation hat man ein besseres ‚Outcome‘ nach Operationen und nach Chemotherapie“, betonte der Experte. Für die Umsetzung derartiger Konzepte sollten Rehabilitation und Arbeitsmedizin bzw. Physikalische Medizin gemeinsam an allen Medizinuniversitäten Österreichs in das Studium eingebaut werden. Nur dann könne man davon ausgehen, dass es auch in Zukunft genügend Nachwuchs für diesen Bereich geben werde. Ganz ähnlich auch Gabriele Sanio, Leiterin der AHOP REHA – Arbeitsgruppe für onkologische Pflege: „Wir sehen die Patientinnen und Patienten in allen Phasen ihrer Erkrankung. Wir sehen einen besseren ‚Outcome‘, wenn die Zeit zwischen Diagnose und Therapie bereits für Rehabilitationsmaßnahmen genutzt wird.“ Das gelte für Kinder und Jugendliche genauso wie für Erwachsene. Reha- und zum Beispiel auch Trainingsmaßnahmen helfen, die Belastungen während der ersten onkologischen Therapie besser zu überstehen. Das gilt sowohl für chirurgische als auch für andere onkologische Therapien. „Es wäre zu fordern, dass es eine Selbstverständlichkeit ist, dass auf Stationen Ergometer aufgestellt werden, auf denen Patientinnen und Patienten schon vor der Operation trainieren können“, sagte Gabriele Sanio. Später könnten dann ambulante Reha-Angebote die Betroffenen auf dem Weg zurück in ein möglichst normales und selbstständiges Leben begleiten, betonte die Expertin. So könnten während der Wiedereingliederungsphase beispielsweise zwei Tage Arbeit mit nachfolgender ambulanter Rehabilitation abwechseln.



Mehr Treffsicherheit gefordert

Freilich, bei weitem nicht immer kommen Rehabilitationsmaßnahmen in Österreich dort an, wo sie am dringendsten benötigt werden. „Die Rehabilitation ist ein wesentlicher Teil. In der pulmonalen Rehabilitation ist sie hoch effizient und bringt viel für Patientinnen und Patienten. Die Treffsicherheit geht aber total daneben“, sagte Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp, Lungenfacharzt in der Privatklinik Döbling. Wenn Menschen mit 60 Jahren in Pension gingen und vorher wie nachher alle zwei Jahre Kuranträge stellten, seien das vergeudete Ressourcen. „Es geht mir auf den Nerv, dass pensionierte Abteilungsvorstände und Sekretärinnen zum Massieren kommen, weil die Gewerkschaft das zahlt. Aber die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, die die Patientinnen, Patienten schleppen, haben keine Zeit dafür und bekommen das nicht“, erklärte Popp pointiert. „Die Treffsicherheit gehört erhöht.“ Es sei auch die Frage, was man in diesem Bereich wirklich erreichen wolle. „Will ich Kur, Urlaub oder echte Rehabilitation?“, sagte der Pneumologe. Auch ambulant und per Telemedizin ließe sich pulmonale Rehabilitation leicht umsetzen, zum Beispiel von Patientinnen, Patienten zu Hause auf dem Ergometer unter Puls- und eventuell Sauerstoffsättigungs-Kontrolle. Ärztinnen und Ärzte könnten so auch größere Gruppen von Patientinnen, Patienten überwachen. Jedenfalls sei es abzulehnen, regelmäßig Anträge auf Reha-Aufenthalte zu genehmigen, wenn gewisse Ziele nicht erreicht würden.

Eine Erfolgsbilanz sei bisher sei die Kinderrehabilitation, betonte Markus Wieser, Präsident der Arbeiterkammer Niederösterreich: „Man weiß, dass Kinder bei Rehabilitation einen sehr, sehr guten Erfolg haben und wieder gesund werden. Das gibt ihnen die Möglichkeit für ein gesundes Leben, für Schule, Ausbildung und Arbeitsleben. Wir sind froh und stolz, dass wir jetzt schon fünf Zentren für Kinderrehabilitation haben, ein sechstes befindet sich für den Versorgungsraum Tirol und Vorarlberg in der Umsetzung.“ Auch die Begleitung durch Eltern etc. sei gewährleistet, betonte Wieser. Ein Problem gebe es, wenn der begleitende Elternteil nicht berufstätig sei: Hier existiere kein Anspruch auf Krankenstand oder Entgeltfortzahlung. Und: „Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, die sich um 18.00 Uhr nach dem Essen still zurückziehen. Da sollte die Sozial- und Freizeitpädagogik noch ausgebaut werden.“ Für den Bereich des Kurwesens sei eine stärkere Orientierung an den Themen und Erfordernissen für die Gesundheitsvorsorge anzustreben.



Zuviel Tertiärprävention

„Wir haben ein Übergewicht an Tertiärprävention und stationärer Rehabilitation. Das hat der Rechnungshof belegt“, fügte Bernhard Rupp, Leiter der Abteilung Gesundheitspolitik der Arbeiterkammer Niederösterreich hinzu. 80 Prozent der Mittel würden in diesen Bereich fließen. Hinzu komme noch folgendes Problem: „Nach der Rehabilitationsmaßnahme gibt es keine weitere Begleitung. Wir haben ein schwarzes Loch am Ende.“ Sowohl die ambulante Rehabilitation als auch eine langfristige Begleitung, eventuell auch telemedizinisch, müssten ausgebaut werden.

Rehabilitation ist als gemeinsame Aufgabe der SV-Träger zu sehen, Betroffene sind früh zu informieren und zu beraten. Es darf nicht zugewartet werden.

Monika Weissensteiner

Rechtzeitiges und frühes Handeln sei im Bedarfsfall jedenfalls notwendig, betonte Mag. Caroline Krammer von der Abteilung Sozialversicherung der AK Wien: „Am Arbeitsplatz werden Erkrankungen früh sichtbar.“ Hier könnten die Unternehmen mehr Verantwortung übernehmen. So könnte ein Krankenstandsmonitoring bereits erste Anzeichen für langfristige gesundheitliche Probleme aufzeigen. Die Rehabilitation sollte nach der eigentlichen Therapie frühzeitig und praxisnah beginnen. „Wir brauchen ambulante Reha-Angebote, zum Beispiel für Menschen mit Betreuungspflichten zu Hause.“ Auch Tele-Reha-Angebote könnten bei Ermöglichung der technischen Ausstattung geschaffen werden und eine Ergänzung darstellen. „Die Rehabilitation muss man maßschneidern. Für Kinder mit Typ-1-Diabetes ist die Rehabilitation eine wunderbare Geschichte, ein tolles Programm. Es ist aber schwieriger bei Typ-2-Diabetes. Da geht es um Nachhaltigkeit, auch nach einer stationären Rehabilitation“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Innere

Medizin I in Innsbruck und Präsidentin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (2020/21). Der Übergang von stationärer Rehabilitation zurück zum normalen Lebensablauf bringe oft Probleme mit sich. „Da wäre es wichtig, eine ambulante Rehabilitation fortzusetzen. Ich glaube, man könnte viel mehr ambulant und digital tun“, sagte Susanne Kaser. Ganz ähnlich äußerte sich Univ.-Prof. Dr. Erika Zelko, Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der JKU Linz: „Es gibt gute stationäre Einrichtungen.“ Es fehle aber offenbar an primärer Rehabilitation. Eine Betreuung sollte es auch nach einem stationären Aufenthalt geben, „wenn die Patientin oder der Patient nach Hause geht“. Bei der Entwicklung von Angeboten müssten aber auch die Betroffenen selbst mitreden können. In der Österreichischen Gesundheitskasse geht es derzeit darum, die Angebote bezüglich Rehabilitation bundesweit zu harmonisieren. „Bisher haben einzelne Krankenkassen oft Pilotprojekte durchgeführt. Wenn sie gut gelaufen sind, hat man sie in die Regelversorgung übergeführt, aber eben nur in einem Bundesland. Jetzt sind wir dabei, alle diese Projekte zu evaluieren. Die guten wollen wir dann bundesweit ausrollen. Das braucht aber Zeit“, erklärte Mag. Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwaltungsrates der ÖGK. Reha-Maßnahmen sollten in Zukunft jedenfalls auch berufsbegleitend möglich werden. Keinesfalls sollte man Kurwesen und Rehabilitation in der Diskussion vermischen, stellte Margit Halbfurter, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie, fest. „Wenn wir von Reha reden, reden wir von Rehabilitation nach schweren Unfällen und Krankheiten, von Patientinnen, Patienten, die zum Beispiel einen Schlaganfall hatten und Medizin brauchen.“ So Prozent der Anträge für Kuraufenthalte würden hingegen von Menschen gestellt, die dies gar nicht benötigten. „Was wir viel mehr benötigen, wäre ein vermehrter Zugang zu ambulanter Rehabilitation.“ Hier hätte es beispielsweise in Tirol ein Projekt der Gesundheitskasse unter Einbindung privater Therapeutinnen und Therapeuten gegeben. Auch die Apotheken könnten einen Beitrag zur Rehabilitation leisten, betonte schließlich

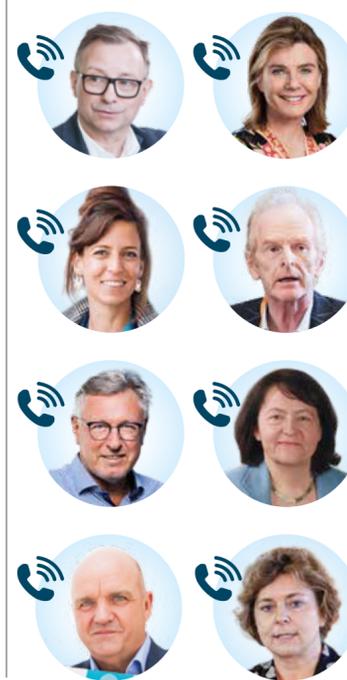
Diskussionsteilnehmende (v.l.)

- Susanne Kaser
- Martin Schaffenrath
- Gunda Gittler
- Gabriele Sanio
- Margit Halbfurter

Diskussionsteilnehmende, digital dazugeschaltet (in alphabetischer Reihenfolge)

- Richard Crevenna
- Eva Höltl
- Caroline Krammer
- Wolfgang Popp
- Bernhard Rupp
- Monika Weissensteiner
- Markus Wieser
- Erika Zelko

Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapotheke im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz: „Da ist die Medikationsschulung ein Thema. Da ist die Therapieoptimierung im Rahmen der klinischen Pharmazie ein Thema.“ Es gehe wie so oft auch um Fragen der Polypharmazie. Auch im Rahmen der Betreuung von Long-COVID-Patientinnen und -patienten könnten die Apothekerinnen, Apotheker eine Rolle spielen. Immerhin hätte eine Studie gezeigt, dass 30 bis 50 Prozent der COVID-19-Patientinnen und Patienten nach einem Spitalsaufenthalt und einem noch moderaten Verlauf der Akuterkrankung längerfristig Probleme hätten, 50 bis 70 Prozent der COVID-19-Patientinnen und -patienten nach einem schweren Krankheitsverlauf. P



Von der Pandemie zum Normalbetrieb

Lebensbegleitendes Lernen ist längst kein Credo, das nur der Bildungspolitik vorbehalten ist. Gerade im Gesundheitswesen hat man in den vergangenen zwei Jahren **DEUTLICHE OPTIMIERUNGSPOTENZIALE WAHrgENOMMEN**, was die Lernfähigkeit des Systems betrifft. Wo sich jetzt „Dranbleiben“ lohnt, wurde bei einem PRAEVENIRE Expert Talk in St. Pölten diskutiert. | von Mag. Renate Haiden, MSc

In Krisenzeiten ist das Vertrauen der Bevölkerung in öffentliche Institutionen von besonderer Bedeutung. Österreich hat sich hier nicht gerade als Musterschüler präsentiert. Seit Beginn der Pandemie konnte ein zunehmender Vertrauensrückgang in das österreichische Gesundheitswesen beobachtet werden. Tendenz: anhaltend bis steigend. Nicht besser gemacht haben es die Erdbeben an der Regierungsspitze, die Ministerwechsel im Gesundheitsressort und nach wie vor laufend neue Verordnungen zum Umgang mit der Pandemie, die auch nach zwei Jahren Krise eine Strategie vermissen lassen.

Schwachstellen offengelegt

Zur PRAEVENIRE-Diskussion waren Expertinnen und Experten aus Krankenhäusern und niedergelassenen Ordinationen eingeladen, die Learnings aus der Pandemie vor allem im Hinblick auf eine schrittweise Rückkehr zur Normalität zu hinterfragen. Im Mittelpunkt dabei standen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und die Chancen, ihr Vertrauen in die Ärzteschaft und in das österreichische Gesundheitssystem zu stärken. „Wir haben gesehen, dass wir bei der Digitalisierung massiv hinterherhinken, zeitgemäße Berufsrechte fehlen und auch die Vernetzung von extra- und intramuralem Sektor keinen Schritt weitergekommen ist“, bringt Dr. Hans Jörg Schelling, PRAEVENIRE-Präsident, einleitend die deutlichsten Schwachstellen auf den Punkt. Darüber hinaus legt er den Finger auf weitere Wunden: „Die Versorgungssicherheit und die Bevorratung für Krisenzeiten müssen dringend neu geplant werden.“ Lernchancen sieht der Experte zudem in der Finanzierung bewährter Angebote im Regelbetrieb, der Neuaufstellung der Testinfrastruktur oder — für den Fall von neuerlichen Lockdowns — im Umgang mit Ordinationsschließungen.

Einig sind sich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer: Das österreichische Gesundheitssystem wird nie wieder so ticken wie vor der Pandemie. In vielen Bereichen gibt es kein Zurück mehr zum „alten Normal“, selbst wenn noch nicht alle Gesundheitsdienstleister und ihre Interessensvertretungen bereit sind, ihre „Schreibergärten“ zu verlassen und tatsächlich die Versorgung rund um die Patientinnen und Patienten — und nicht umgekehrt — zu designen.

Von der Selbstorganisation zum verlorenen Sommer

Dass die Krise ohne die Hands-on-Organisation der Ärztinnen und Ärzte und lokaler Behörden kaum zu stemmen gewesen wäre, betont Dr. Andreas Stippler, ärztlicher Leiter der Gruppenpraxis Orthopädie Krems. „Ich verstehe bis heu-



Diskussions- teilnehmende (in alphabetischer Reihenfolge)

- Ojan Assidian
- Christian Cebulla
- Thomas Gamsjäger
- Ludwig Gold
- Stefan Nehrer
- Susanne Rabady
- Bernhard Rupp
- Hans Jörg Schelling
- Andreas Stippler
- Bernhard Rupp
- Wolfgang Walentich



te nicht, wo die Krisenkonzepte bleiben“, sagt der Mediziner, der sich wie viele andere niedergelassene Ärztinnen und Ärzte um die notwendige Schutzausrüstung selbst gekümmert hat. Er plädiert auch dafür, den Digitalisierungsschub zu nutzen, um endlich zur Entbürokratisierung der Medizin beizutragen. „Der Arzt muss wieder Arzt und nicht Bürokrat sein können“, fordert Stippler. Für den Fall einer neuerlichen Ausnahmesituation schlägt er vor, pro Sprengel eine Pandemie-Ordination einzurichten, um die Infektionsgefahr einzudämmen und trotzdem die nötige medizinische Versorgung bieten zu können. Mit Stippler konform geht Univ.-Prof. Dr. Ojan Assidian, ärztlicher Direktor am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt. „Es war klar, dass eine Pandemie kommen wird, nur wussten wir nicht wann. Am Beginn habe auch ich mich gefragt, wo die Krisenpläne bleiben, denn im Spital waren wir überwiegend auf uns allein gestellt.“ Er kritisiert vor allem, dass es in Österreich keine nationale Einrichtung wie etwa das deutsche Robert-Koch-Institut gibt, die als Schaltstelle fungieren könnte. „Hätten wir nicht die Weltgesundheitsorganisation, so wären wir noch schlechter aufgestellt gewesen“, ist Assidian überzeugt. Und selbst das hat letztlich nicht

geholfen, denn nach dem Konzept, die Kurve flach und damit die Spitäler unter ihrem Limit zu halten, kam nichts Passendes nach: „Spätestens mit dem Impfstoff hätte es eine veränderte Strategie gebraucht. Eine zentrale Koordination der Impfstoffverteilung und der Impfung über die WHO wäre sinnvoll gewesen“, ist sich Assidian sicher. Das Ergebnis untermauert seine Forderung, denn aktuell gibt es Länder mit einer Durchimpfungsrate von über 90 Prozent und Länder, die nicht einmal auf 25 Prozent kommen. „Das ist die ideale Voraussetzung für Mutationen, daher wird 2021 als der verlorene Sommer in die Medizingeschichte eingehen“, so der Hygieneexperte. Positives Resümee zieht er aus der Kooperation der Akutkrankenhäuser in Niederösterreich. Auf Trägerebene wurde rasch ein Krisenstab gegründet und eine schnelle und engmaschige Kommunikationsinfrastruktur aufgebaut. Zur Planung und Steuerung des Spitalbetriebes wurde ein Prognosekonsortium eingerichtet, das zehn Tage im Voraus über die Analyse von Gesundheitsdaten punktgenaue Maßnahmen vorgeben konnte. „All das hat sich bewährt und wird auch nach der Pandemie beibehalten“, so Assidian.

© LUDWIG SCHEDEL

Auf Selbstregulierung verlassen

„Die Spitzenmedizin hat Spitze funktioniert, die Basismedizin war viel besser, als wir es verdienen“, so lautet das Resümee von Dr. Susanne Rabady, Präsidentin der Niederösterreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Vizepräsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. Auch sie sieht die fehlende Versorgung mit Schutzausrüstung vonseiten des Bundes überaus kritisch, freut sich dafür besonders über den gelungenen Informationstransfer innerhalb der Ärzteschaft: „Das flexible und zuverlässige Informationsmanagement und die hohe Eigeninitiative waren zentrale Grundlagen für das Funktionieren des niedergelassenen Sektors. Wir haben gelernt, dass wir der Regulierung vonseiten des Ministeriums Aufmerksamkeit schenken müssen, aber uns

rationale Argumente nicht mehr zugänglich waren. Die Medien haben ihren Teil dazu beigetragen, dass Fake News von echter Informationspolitik kaum mehr zu trennen waren. „Wir müssen besonders darauf achten, dass wir jetzt die Generation der Kinder und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen nicht verlieren, denen über weite Strecken keine Beachtung geschenkt wurde“, warnt Rupp, der auch als Hochschullehrer Einblick in die Lage hat. Für Univ.-Prof. Dr. Stefan Nehrer, Dekan an der Universität für Weiterbildung in Krems, ist trotz aller Wissenschaftskepsis die Rolle der Forschung in der Gesellschaft angekommen: „Endlich hat sich das Bild gewandelt von denen, die nur abgehobene Probleme beforchten, zu denen, die gesellschaftlich wirksam werden.“ Viele Forscherinnen und Forscher haben sich unverzüglich umorientiert und mit neuen

Wir müssen den Digitalisierungsschub nutzen, um endlich zur Entbürokratisierung der Medizin beizutragen.

Andreas Stippler

liches Resümee der letzten beiden Jahre: „Ich habe mich noch nie so oft zwischen Über- und Unterversorgung, Panik und Ruhe sowie Pragmatismus und Chaos bewegt.“ In seinem Arbeitsbereich war rasche Kommunikation auf kurzen Wegen der entscheidende Erfolgsfaktor. Die kollegiale Führung hat sich täglich zu Besprechungen getroffen — eine neue Kultur, die beibehalten werden soll. „Wir sind deutlich zusammengewachsen“, freut sich Cebulla über den Wandel. Die Autonomie will er aber künftig weiter ausgebaut sehen, denn wenn Grenzen schließen, Lieferketten wegbrechen und der Nachschub an medizinischen Gütern nicht mehr sicher ist, braucht es dennoch eine funktionsfähige Spitalinfrastruktur. Darüber hinaus muss jede Gesundheitsorganisation lernen, sich in der Krise auf die Bedürfnisse aller Zielgruppen einzustellen: „Das sind



auch auf die Selbstregulierung verlassen können.“ Rabady rät dazu, nicht die Organisationsform, sondern den Versorgungsauftrag in den Mittelpunkt zu rücken, um für die nächste Krise gerüstet zu sein. Dazu braucht es neben dem Ausbau der Digitalisierung und der Vernetzung mit den Spitälern auch mehr Daten(-wahrheit) im niedergelassenen Sektor. Aus den Erfahrungen mit der Telefonhotline 1450, die auch Kollateralschäden verursacht hat, plädiert sie für einen interprofessionellen und interdisziplinären Ausbau der Telekommunikation.

Generation vor dem Aus?

Dr. Bernhard Rupp, Arbeiterkammer Niederösterreich, bringt seine Expertise als Berater im Vogelgrippejahr 2006 ein und ist ebenfalls erstaunt, dass die Pandemiepläne, die es gibt, nicht herangezogen wurden. Er lobt ebenfalls die Eigeninitiative der Gemeinden in der Krisenbewältigung: „So manche Erfolge verdanken wir wohl der Bevölkerung und den couragierten Lokalpolitikern, die die widersprüchlichen Aussagen der Regierung manchmal einfach ignorierten.“ Dennoch konnte sich eine gefährliche Wissensschatzkapsel breitmachen, in der Teile der Bevölkerung für

Testmethoden, Impfstoffen und Medikamenten Auswege aus der Krise gesucht. Angebote zum Blended Learning an der Universität wurden positiv aufgenommen und werden auch künftig im Ausmaß von 40 Prozent beibehalten.

Autonomie in der Krise

„Das Gesundheitswesen in Österreich wird nie mehr so sein, wie vor der Pandemie. Sie hat wie ein Katalysator gewirkt. Was vorher schlecht war, ist nun noch schlechter“, lautet der Befund von Mag. (FH) Ludwig Gold, Geschäftsführer der Gesundheit Thermenregion GmbH. Der sich verdichtende Personalmangel in allen Gesundheitsberufen ist aus seiner Sicht eine der größten Herausforderungen, vor der wir aktuell stehen. „Wir haben zwar eine hohe Bettendichte, aber in Krisenzeiten geht es um Bettenkapazitäten, die auch mit Personal bespielt werden können, hier ist die Lücke eklatant“, sagt Gold, der fordert, anstelle über Klinikschließungen, über die Optimierung von Leistungsangeboten nachzudenken. Auch Dr. Christian Cebulla, ärztlicher Direktor Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänserndorf, richtete am Tag eins der Pandemie bereits einen Krisenstab ein und zieht ein persön-

Die Last wurde bewusst auf die Spitäler und Ordinationen abgewälzt.

Thomas Gamsjäger

nicht nur Kranke, sondern Mitarbeitende, der Nachwuchs in allen Berufsgruppen oder die Angehörigen.“

Wege aus der Scheinrealität

Hier schließt sich Dr. Thomas Gamsjäger, MSc, ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums St. Pölten, an: „Wir sind relativ unbeschadet durch die Pandemie gekommen, weil wir an vorderster Front Mitarbeitende hatten, auf die wir uns verlassen konnten, und die nicht zögern, Führungsverantwortung zu übernehmen und Entscheidungen zu treffen.“ Vermisst hat er an zentralen Stellen tatsächliche Expertinnen und Experten: „So wurde bewusst die Last auf die Spitäler und Ordinationen abgewälzt. In vielen Bereichen fehlt es nach wie vor am politischen Willen. Wir müssen jetzt gegenlenken, denn das System zieht sich gerade wieder langsam in seinen Urzustand zurück, den jene, die in der Lebenswelt der Patientinnen und Patienten täglich arbeiten, so bestimmt nicht mehr haben wollen“, lautet der Befund des ärztlichen Direktors, der wohl stellvertretend für alle Diskussionsteilnehmerinnen und -teilnehmer gelten kann. P





POLITIK

Pflege 2030 — Das „Delta“ zwischen Bedarf und Personal

DEN WORTEN MÜSSEN TATEN FOLGEN: Bei immer größerem Personalmangel in der Pflege steigt die Nachfrage aufgrund der demografischen Entwicklung in Österreich. Ein entschiedenes Gegensteuern und neue Ideen sind notwendig, hieß es bei den PRAEVENIRE Talks in Gastein vom 1.10.2021. Es geht um Ausbildungsplätze, attraktive Rahmenbedingungen, telemedizinische bzw. telepflegerische Ansätze und speziell um die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. | von Wolfgang Wagner

In seinem Eingangsstatement stellte Manfred Brunner, Landesstellenvorsitzender der Österreichischen Gesundheitskasse Vorarlberg, klar: „Das Thema Ausbildung für den Pflegebereich wird ein ganz großes Schlüsselthema für die Zukunft. Es wird ein großes ‚Delta‘ zwischen Bedarf und Angebot geben.“ Brunner hat mit Fachleuten alle vorliegenden Daten zu Pflegebedarf, regionaler und bundesweiter Planung auf diesem Gebiet analysiert. Seine Diagnose: „Mit einer aktiven Reduzierung des Pflegepersonals braucht sich niemand zu befassen. Die Zahl der über 75-Jährigen wird bis 2030 um 25 Prozent steigen, damit auch die Zahl der Multimorbiden. Wir werden allein in Vorarlberg im Jahr 2028 einen zusätzlichen Bedarf an 400 diplomierten Pflegekräften haben. Dabei haben wir schon jetzt zu wenig Personal.“

Die Situation sei ernst: „Wir wollen in Vorarlberg zusätzlich 160 Pflegebetten schaffen. Gleichzeitig rechnen wir mit einem Rückgang der familiären Betreuungsressourcen.“ Schließlich würden auch die umliegenden Regionen in der Schweiz, in Liechtenstein und in Deutschland attraktive Bedingungen für Personal auf diesem Gebiet darstellen. „Dabei brauchen wir im Jahr laufend 150 bis 170 Zugänge an diplomiertem Krankenpflegepersonal des gehobenen Dienstes. Für die Ausbildung werden wir aber ab 2024 hundert Plätze an der Fachhochschule haben. Heuer beginnen 68. Wir rechnen ab 2024 mit 50 Absolventinnen und Absolventen. Da kann man sich ausrechnen, dass sich das niemals ausgeht. Wir bilden zu wenig Pflegefachkräfte aus“, sagte Brunner. Hinzu komme noch, dass man ärztliche Leistungen in Zukunft in die Pflege mit diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bzw. in Zukunft mit dem Personal aus den Fachhochschulen verlagern wolle. Alles das bedeute einen enorm wachsenden Bedarf.

Einige Zahlen, welche die demografische Entwicklung belegen: Derzeit gibt es rund 462.000 Pflegegeldbezieherinnen und Pflegegeldbezieher in Österreich. Das sind um 60 Prozent mehr als vor 20 Jahren. Die Aufwendungen in diesem Bereich dürften von rund acht Milliarden Euro bei Fortschreibung der derzeitigen Entwicklung bis 2030 auf jährlich rund neun Milliarden Euro und bis 2050 auf 16,5 Milliarden Euro steigen. Derzeit gibt es in Österreich rund 127.000 Pflegekräfte, bis zum Jahr 2030 dürfte der Bedarf auf 161.000 Personen (Vollzeitäquivalente) steigen. Alexander Biach, stellvertretender Direktor der Wirtschaftskammer Wien hat zu dem Thema gemeinsam mit dem Sportmediziner Univ.-Prof. Dr. Norbert Bachl und Gesundheitsberaterin Barbara Fisa vor kurzem das Buch „Raus aus der Pflegefalle“ geschrieben. Es müsse alles getan werden, damit Österreich



Sonderbeilage Salzburger Nachrichten, Erscheinungstermin 15. Oktober 2021



nicht „sehenden Auges in diese Pflegefalle“ laufe, betonte der ehemalige Chef des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger. „Wir haben Gesundheitsausgaben, die in Österreich etwa so hoch sind wie jene in Dänemark oder Schweden. Doch in Österreich haben wir 22,8 Prozent der über 65-Jährigen, die einen eingeschränkten Aktionsradius haben. In Dänemark und in Schweden liegt man bei 9,1 Prozent“, sagte Biach. Die Frage sei: „Was machen die Skandinavierinnen und Skandinavier anders?“ Biach: „Dort setzt man voll auf das Präventionsthema.“ Einfach ausgedrückt: In Österreich bekomme jemand, der sich nicht mehr die Schuhe binden kann, eine Pflegekraft. In Skandinavien würden die Betroffenen so lange trainiert, bis sie wieder zu einem möglichst unabhängigen Leben fähig wären. Bewegung, Ernährung und psychische Gesundheit seien die Hauptsäulen für eine zielgerichtete Prävention, welche auf längere Sicht auch die Pflege entlaste.

Für die Expertinnen und Experten sollte auch ein „Best Agers Pass“ für Menschen in den Endphasen ihrer Berufstätigkeit den Übergang zu einem gesunden Leben im Alter erleichtern: Ein erstes Assessment sollte am Ende des Berufslebens erfolgen — eine Art Gesundheitsuntersuchung mit Zielsetzungen. Das Erreichen von gesundheitlich wichtigen Zielen könne dann durch Bonusleistungen gefördert werden. Entscheidend sei es, „Schritte gegen die Gebrechlichkeit“ zu setzen, wird in dem Buch betont. Für Biach sind aber auch politische Schritte notwendig. So sollte das Wirrwarr im Pflegebereich zwischen Bund, Bundesländern, Gemeinden und Sozialversicherung beseitigt werden. Es sollte eine zentrale Anlaufstelle



geben: „Das Pflegegeld ist derzeit Bundeskompetenz. Die Begutachtung ist eine Frage der Pensionsversicherung, die Zuschüsse und die Wohnheimvermittlung erfolgt über die Gemeinden, die Qualitätskontrolle über die Sozialversicherung der Selbstständigen. Wir sind da ‚breit‘ aufgestellt, keiner will sich etwas wegnehmen lassen. Das wird auf dem Rücken der Betroffenen ausgetragen.“

Dem gegenüber sollte die Zielsteuerungskommission Gesundheit um die Pflege erweitert werden. Da sitzen Bund, Länder und Gemeinden drin. „Die Abwicklung sollte über die Pensionsversicherungsanstalt erfolgen. Und dann brauchen wir eine Anlaufstelle für die Menschen. Da ist der klare Appell, die Primärversorgungseinheiten auszubauen. Dort sind ja auch die verschiedenen Gesundheitsberufe vorgesehen“, betonte Biach.

„Wir haben momentan nicht nur ein Problem mit der Quantität, sondern wir sind auch zu unflexibel bei den gehobenen Pflegediensten und den Assistenzdiensten“, sagte Univ.-Prof. Dr. Susanne Kaser, stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Innere Medizin I in Innsbruck und Präsidentin der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (2020/21). Gerade in der Versorgung von Diabetespatientinnen und -patienten könne die Pflege viel leisten. Hier sollte auch in Online-Bereiche der Versorgung investiert werden. Man könne so viele Spitalsaufenthalte verhindern. Nur ein ganzes Bündel an Maßnahmen kann die Situation wieder entschärfen, betonte Mag. Elisabeth Potzmann, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes: „Was wir vor zehn Jahren prognostiziert haben, ist in Österreich eingetreten. Wir müssen damit umgehen. Es gibt eine gewisse Strömung in Richtung Deprofessionalisierung. Wir sehen einen Weg zu einer Verbesserung: Indem man das Image der Pflege hebt.“

Sonst würde man keinen ausreichenden Nachwuchs bekommen. Derzeit gebe es durch den Übergang von der Ausbildung an Krankenpflegeschulen in Richtung Fachhochschulen einen Wirrwarr mit verschiedenen Ausbildungswegen. Das sei zu überwinden. Es sollten für die Fachhochschulen auch Stipendien bereitgestellt werden. Zutritt und Absolvierung der Ausbildung sollten erleichtert werden. „Und dann haben wir noch das große Feld der Kolleginnen und Kollegen, die ausgestiegen sind. Nicht, weil es für sie der falsche Beruf gewesen ist, sondern weil die Rahmenbedingungen falsch waren.“ Hier sollten Modelle für einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf geschaffen werden. „Es geht darum, dass wir in unterschiedlichen Bereichen tätig sind und versuchen, Schritt zu halten mit der Entwicklung. Wir hinken da nach. Natürlich ist die Ausbildung ein Thema. Es sind nicht alle Ausbildungs-

plätze voll besetzt. Absolventinnen und Absolventen sind nicht in der Zahl vorhanden. Wir sehen das an den Onkologien tagtäglich, wenn es um Nachbesetzungen geht. Es ist schwierig. Es war aber auch schon früher schwierig. Es brennt jetzt eigentlich der Hut“, sagte Harald Titzer, Präsident der Arbeitsgemeinschaft hämatologischer und onkologischer Pflegepersonen in Österreich. Spezialausbildungen würden helfen, dem Beruf mehr Attraktivität zu verleihen. Für mich ist interessant, wie die Personalberechnung gestaltet wird. Wird sie so gestaltet, dass man den Bedarf an diplomiertem Personal reduziert und den Bedarf an Assistenz erhöht?

Oberösterreich mit hohen Investitionen in die Ausbildung

Offenbar recht weit ist man bereits bei der Oberösterreichischen Gesundheitsholding, wie deren Geschäftsführer, Mag. Karl Lehner, feststellte: „Wir haben elf Spitäler und neun Krankenpflegeschulen. Das ist ein strategisches Asset. Wir haben 15.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und eine eigene Fachhochschule für Gesundheitsberufe, von der wir 80 Prozent der Plätze halten. Wir investieren sehr viel in die Ausbildung. Wir haben sofort auf den Bachelor-Studiengang und die Pflegefachassistenz umgestellt. Wir haben an unserer Fachhochschule Gesundheitsberufe 1.000 Studentinnen und Studenten in der Pflege.“ Geschaffen worden sei auch ein Stipendienmodell. Die Ausbildungen könnten in Teilzeit und berufsbegleitend erfolgen. Es gebe auch über das Bundesland hinweg fünf Standorte. Teilzeit-Wiedereinstiegsmöglichkeiten für Pflegepersonal würden ebenfalls angeboten. „Wir sind nicht pessimistisch eingestimmt, aber es ist eine Herausforderung“, sagte Lehner.

„Wir sollten unsere Pflege so aufstellen, dass auch wir selbst noch gut gepflegt werden können und nicht alles einsparen“, formulierte Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Popp, Lungenfacharzt an der Privatklinik Döbling. Das Anwerben von Pflegekräften aus dem Ausland, zum Beispiel in China, sei jedenfalls keine Lösung. Popp benötige an seiner Abteilung mit 68-Langzeit-Beatmungsbetten weniger Akademikerinnen und Akademiker als hoch ausgebildetes Pflegepersonal. Eine Unterstützung für das Pflegepersonal könnten auch die Apotheken bieten, sagte Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Spitalsapotheke

Der Wunsch nach mehr Personal für die Pflege kann nur durch attraktive Ausbildungs- sowie gute Arbeitsbedingungen erfüllt werden.

Silvia Rosoli, AK Wien

Im niedergelassenen Bereich, aber auch in der Langzeitpflege und in Akutspitälern führt das diplomierte Personal noch immer auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten durch, die seit 2016 aus dem Gesetz gestrichen sind“, erklärte Daniel Peter Gressl, diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger für gemeinde- und bevölkerungsorientierte Pflege der Stadtgemeinde Judenburg in der Steiermark. Man müsse genau festlegen, welches Personal man wo benötige und auch richtig einsetzen.

Der Ausbau von Betreuung und Pflege muss als sozial und ökonomisch Investition in einen Zukunftsbereich gesehen werden.

Kurt Schalek, AK Wien

des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder in Linz. Eine Technik habe sich hier in der Medikamentenversorgung bewährt: Die Einzelverblisterung der Medikation. „Wir haben damit im Jahr 2004 als erste in Österreich begonnen. Wir haben in den Pflegeheimen begonnen. Das wurde sehr gut angenommen. Wir übernehmen den ganzen Medikationsbeschaffungsprozess. Auch die Polypharmazie schauen wir an, um weitere Krankenhausaufenthalte zu verhindern“, sagte die Apothekerin.

„Im Zuge der Corona-Krise haben wir im Krankenhaus zunächst zwei bis drei Stationen das Verblistern angeboten. Wir verblistern jetzt für das gesamte Spital und für mehr als 3.000 Patientinnen und Patienten. Die Pflege fühlt sich dadurch stark entlastet. Wir haben in Pflegeheimen evaluiert, dass man damit für hundert Gepflegte 0,7 Pflegekräfte ‚einsparen‘ kann“, stellte Gunda Gittler da. Diese Personalressource könne dann besser direkt für die Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

„Jeder weiß, dass Handlungsbedarf besteht. Es ist eine Minute vor Zwölf“, so bewertete schließlich Mag. Martin Schaffenrath, Mitglied des Verwaltungsrates der Österreichischen Gesundheitskasse, die Situation. Den Föderalismus im Gesundheits- und Pflegewesen zu beseitigen, werde aber wohl in absehbarer Zeit nicht gelingen. P

Expertinnen und Experten zum Thema: Pflege 2030

- 1 Alexander Biach
- 2 Manfred Brunner
- 3 Gunda Gittler
- 4 Daniel Peter Gressl
- 5 Susanne Kaser
- 6 Karl Lehner
- 7 Wolfgang Popp
- 8 Elisabeth Potzmann
- 9 Silvia Rosoli
- 10 Martin Schaffenrath
- 11 Kurt Schalek
- 12 Harald Titzer



© SHUTTERSTOCK (2); PETER PROVAZNIK (6); MARTINA KARGL, GERHARD GATTINGER, VOITL, GRESL, OÖGG, WILD UND TEAM, SALZBURG

Gesunde Zukunft | Folge 5

Flucht macht krank

Medizinische Versorgung ist erst der Anfang.



Nur wenige Wochen sind vergangen, seit vor der Haustür Europas Krieg herrscht. Die Gesamtzahl der Geflüchteten aus der Ukraine hat sich seit Kriegsbeginn, dem 24. Februar 2022, täglich deutlich erhöht. Bis Ende April 2022 sind laut Schätzungen des UN-Flüchtlingskommissariats rund 5,3 Millionen Menschen aus der Ukraine geflohen — Menschen, die von heute auf morgen gezwungen waren, die für sie notwendigsten Sachen zu packen und ihr Zuhause zu verlassen. Väter, die ihre Familien verabschieden mussten, in der Hoffnung, dass sie ihre Reise ins Ungewisse, auf der Suche nach Sicherheit, gut schaffen. Eltern, die es innerlich zerrissen hat und die nach außen versucht haben, für ihre Kinder stark zu bleiben. Frauen, die ihre Babys nicht mehr stillen konnten, weil ihr massiv gestresster Körper in eine Schockstarre geflüchtet ist.



Dr. Juliane Bogner-Strauß, Landesrätin für Bildung, Gesellschaft, Gesundheit und Pflege

Das Österreichische Gesundheits- und Sozialsystem arbeitet mit Hochdruck daran, medizinische Versor-

gung für ankommende Schutzsuchende sicherzustellen. Doch Erstversorgung bedeutet weit mehr: eine rasche Unterbringung der geflohenen Familien, sofortige psychologische Abklärung sowie bei Bedarf psychotherapeutische Unterstützung. Gleichzeitig hilft Österreich in den betroffenen Krisengebieten, denn die Zivilbevölkerung und medizinischen Einrichtungen in der Ukraine benötigen dringend medizinische Hilfsgüter. Ich bin sehr dankbar dafür, dass wir in Krisenzeiten in der Steiermark immer rasch zusammen helfen. So haben die Häuser der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) alles für die medizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten vorbereitet, die aus dem Krisengebiet in die Steiermark kommen. Die freien Kapazitäten sollen sowohl für die Behandlung Kriegsverwundeter als auch für die Versorgung von

Menschen zur Verfügung stehen, die in der Ukraine nicht mehr behandelt werden können, wie beispielsweise Krebspatientinnen und -patienten. Für Österreich ist es eine Selbstverständlichkeit, dass wir Geflüchtete aus der Ukraine unbürokratisch medizinisch behandeln, auch dann, wenn die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen vorerst noch nicht geschaffen sind. Wir wollen uns in dieser humanitären Notlage nicht mit Bürokratie aufhalten, sondern als Europa zusammenrücken und allen die beste medizinische Versorgung zukommen lassen.

Heute müssen wir uns die Frage stellen, wie wir eine bestmögliche Inklusion vertriebener Menschen — im interdisziplinären Zusammenspiel — gestalten können. Dazu zählt, dass wir Gesundheit groß denken. Denn Gesundheit ist weit mehr als die körperliche Unversehrtheit. Krieg und Flucht hinterlassen vor allem bei Kindern und Jugendlichen traumatisierende Spuren, die sich besonders tief einprägen. Das Grundvertrauen, körperlich und seelisch beschützt zu sein, ist erschüttert worden.

Der Krieg hat viele von uns in eine Art Schockstarre versetzt, weil es so unendlich schwer fassbar ist, dass ein Konflikt auf politischer Ebene nicht friedvoll gelöst werden konnte. Dieses Bild tragen alle unsere Kinder und Jugendlichen heute vor Augen. Auch sie wurden in ihrem Grundbedürfnis nach Stabilität und Sicherheit verletzt, was vor allem nach der Zeit der Pandemie emotional belastend ist. Vielleicht gelingt es uns, ihnen den Glauben an den Frieden ein Stück zurückzugeben, wenn wir selbst im Tun bleiben, in der inneren Stabilität, im Helfen und in der bedingungslosen Liebe innerhalb unserer eigenen Familien. **P**

Long COVID

Jetzt in die Gesundheit der Menschen investieren

Long COVID und dessen aktuell noch **NICHT ABSCHÄTZBAREN MEDIZINISCHEN UND SOZIALEN LANGZEITFOLGEN** stellen die sozialen Sicherungssysteme vor neue Herausforderungen. Andreas Huss, Obmann-Stellvertreter der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), plädiert für eine rasche, frühzeitige und gesicherte Versorgung sowie existenzielle Absicherung der Betroffenen. Dazu braucht es festgelegte Behandlungsleitlinien und -pfade — insbesondere um der Chronifizierung der Erkrankung entgegenzuwirken. | von Lisa Türk, BA

Bei dato verzeichnet die ÖGK etwa 15.000 dokumentierte Krankenstände aufgrund von Long COVID — inklusive Kindern, Jugendlichen sowie Pensionistinnen, Pensionisten. Die Dauer dieser Krankenstände beträgt zwischen 14 Tagen und einem Jahr, 80 erkrankte Personen befinden sich bereits mehr als sechs Monate im Krankenstand. Insgesamt waren bereits 3.000 Patientinnen, Patienten aufgrund von Long COVID in Rehabilitation — nach wie vor leiden viele davon unter den Folgen dieser Erkrankung, die das Gesundheitssystem auf vielen Ebenen fordert.

Forderung nach lückenloser Datenerfassung

Bei den genannten Daten handelt es sich, so Huss, allerdings nicht um Echtzeiten. „Die lückenlose Datenerfassung ist in Österreich derzeit noch eine große Baustelle, da wohl noch nicht alle an Long COVID erkrankten Patientinnen und Patienten auch tatsächlich als solche erfasst werden.“ Der Hauptgrund dafür sei der Mangel an einer verpflichtenden und standardisierten Diagnosecodierung (ICD-10 oder ICD-11) im niedergelassenen Bereich. Eine solche internationale standardisierte ambulante Codierung sei allenfalls notwendig, um exakte Diagnosen stellen und weiteren Vorgehensweisen in die Wege leiten zu können. In Großbritannien etwa sind rund zehn Prozent der an COVID-19-Erkrankten von Long COVID betroffen. Die Einteilung der Patientinnen und Patienten erfolgt entlang der Schweregrade Null bis Vier — der Grad Null bezeichnet leichte Symptome, bei Grad Vier liegen meist eingeschränkte Bewegungsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit vor. „Eine derartige Unterscheidung fehlt uns in Österreich komplett, wir sind dahingehend derzeit im Blindflug unterwegs“, bemängelt Huss. Er fordert in diesem Zusammenhang auch die verstärkte Nutzung und Weiterentwicklung technischer Möglichkeiten im Rahmen des ELGA-Systems zur Datenerfassung von Long-COVID-Fällen. In einem eigenen Long-COVID-Register sind Patientinnen- und Patienten zu erfassen, Therapieverläufe zu überprüfen und diese Daten letztlich der Forschung zur Verfügung zu stellen. „Das kürzlich von der ÖGK etablierte Visit-e-System könnte optimal zur laufenden Betreuung und Nachsorge der Betroffenen genutzt werden“, so Huss.

Gesundheitliche und wirtschaftliche Langzeitbelastung

Neben pulmonalen Folgeerkrankungen, Schmerzen und kognitiven Einschränkungen stellt insbesondere das häufig durch Long COVID hervorgerufenen Fatigue-Syndrom eine enorme Herausforderung für Patientinnen und



Andreas Huss betont die Wichtigkeit, rasch auf Long COVID zu reagieren.

Patienten und das gesamte System dar. „Ohne die richtige und rechtzeitige Behandlung des Fatigue-Syndroms besteht ein erhöhtes Risiko einer Chronifizierung (Anmerkung: ME/CFS), welche für die Betroffenen mit enormen psychischen Belastungen, psychischen Erkrankungen, Langzeit- oder Dauerarbeitsausfällen und in weiterer Folge existenziellen Problemen einhergehen kann“, erklärt Huss. Auch der Sozialstaat sei in derartigen Fällen mit enormen volkswirtschaftlichen Herausforderungen am Arbeitsmarkt und in der Versorgung dieser Menschen konfrontiert.

Sensibilisierung der Ärzteschaft vorantreiben

Um die Situation in den Griff zu bekommen, hat die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) eine Behandlungsleitlinie für Long-COVID-Patientinnen- und -Patienten erstellt, die nun gemeinsam mit der ÖGK an die versorgungsrelevanten Stellen kommuniziert wird. Diese gilt es nun, noch besser zu vermitteln, um letztlich funktionierende Behandlungspfade zu implementieren. Es ist essenziell, insbesondere Hausärztinnen, Hausärzten sowie Kassenärztinnen, Kassenärzten als Erstanlaufstellen klar zu kommunizieren, an welche multidisziplinären Zentren, die es bei der Behandlung komplizierter Long-COVID-Fälle unbedingt braucht, Betroffene zu überweisen sind. „Wir benötigen kompetente Anlaufstellen, die über die Krank-

heit Bescheid wissen, wir brauchen angepasste Therapieangebote und ein abgestimmtes Rehabilitationskonzept — stationär sowie ambulant — mit engmaschiger Nachsorge“, so Huss. Die ÖGK habe gemeinsam mit den Partnern bereits insbesondere im Rahmen von speziell auf die Bedürfnisse von Long-COVID-Betroffenen adaptierten Rehabilitationsprogrammen in bestehenden Rehabilitationseinrichtungen entsprechende Maßnahmen gesetzt. Gemeinsames Ziel muss es, so Huss, allenfalls sein, eine Chronifizierung der Erkrankung unter allen Umständen zu vermeiden. Dahingehend seien auch die weitere Sensibilisierung und Fortbildung der Ärzteschaft essenziell: „Auf Basis der ÖGAM-Leitlinie und des derzeitigen Wissensstandes hat die ÖGK ein e-Learning-Tool entwickelt, das demnächst über die Akademie der Ärztekammer mit Fortbildungspunkten angeboten werden soll, um Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit zu bieten, auf dem neuesten Stand zu bleiben“, schildert Huss.

Das gemeinsame Ziel muss sein, eine Chronifizierung der Erkrankung unter allen Umständen zu vermeiden.

Andreas Huss

Anerkennung als Berufskrankheit ist ein Anliegen der Arbeitnehmervertreterinnen und Arbeitnehmervertreter in der ÖGK

Da sich viele Menschen am Arbeitsplatz mit COVID-19 infizieren, ist die Anerkennung der Krankheit und deren Folgeerkrankungen als Berufskrankheit oder Berufsunfall ein zentrales Anliegen der ÖGK. Dies darf nicht nur für Gesundheitsberufe gelten, sondern muss auf alle beruflichen Tätigkeiten ausgeweitet werden, da eine Anerkennung von Long COVID als Berufskrankheit eine Erleichterung im Hinblick auf beispielsweise die sozialversicherungsrechtliche Absicherung während einer Rehabilitation mit sich bringt. „Ein gutes Behandlungsnetz und eine entsprechende existenzielle Absicherung brauchen wir insbesondere auch für chronisch Kranke, etwa ME/CFS-Erkrankte“, fordert Huss. Betroffene fallen viel zu oft zwischen den Versorgungssystemen aus Kranken- und Pensionsversicherung sowie Arbeitsmarktservice (AMS) durch und landen am Ende des Tages in der Mindestsicherung. „Therapie, Hilfsmittel und existenzsichernde finanzielle Absicherung für chronisch kranke, respektive arbeitsunfähige Menschen, müssen zu einer Selbstverständlichkeit werden. Wir müssen in die Gesundheit der Menschen investieren — und zwar jetzt!“, appelliert Huss abschließend. **P**

12. ÖSTERREICHISCHER GESUNDHEITSWIRTSCHAFTSKONGRESS 2022

AM 2. UND 3. JUNI 2022
IM HOTEL SAVOYEN IN WIEN
oegwk.at #oegwk

Prominente Vortragende für ein exklusives Publikum.

Martina Amon
Gerd Antes
Ojan Assadian
Gerald Bachinger
Michael Binder
Thomas Bredenfeldt
Heinz Brock
Christiane Druml
Hubert Eisl
Brigitte Ettl
Ulrike Famira-Mühlberger
Bettina Fetz
Gerald Fleisch
Gerry Foitik
Thomas Gamsjäger
Richard Gauss
Gunda Gittler
Peter Hacker
Julian M. Hadschieff
Franz Harnoncourt
Gerd Hartinger
Susanne Herbek
Franz Kiesel
Peter Klimek

Bettina Koch
Michael Köhlmeier
Alexander Kollmann
Andreas Kolm
Gottfried Koos
Andreas Krauter
Christian Lagger
Christian Legler
Karl Lehner
Michael Lehofer
Franz Leisch
Werner Leodolter
Konrad Paul Liessmann
Wolfgang Markl
Bernadette Matz
Jens Meier
Markus Müller
Ulrike Mursch-Edlmayr
Herwig Ostermann
Anna Parr
Maria Paulke-Korinek
Manfred Pferzinger
Sigrid Pilz
Elisabeth Potzmann

Gerald Pruckner
Susanne Rabady
Katharina Reich
Stefan Saueremann
Roland Schaffler
Volker Schörghofer
Christian Schweiger
Alois Sillaber
Heinz K. Stahl
Paul Sungler
Thomas Szekeres
Rainer Thomas
Herlinde Toth
Claudia Wild
Beate Wimmer-Puchinger
Bernhard Wurzer

JETZT ANMELDEN UNTER
oegwk.at/anmeldung

„Gesundheitsstrategie 2030“

PRAEVENIRE Präsident Schelling: Jetzt liegt es am Willen der Gesundheitspolitik, die Handlungsempfehlungen umzusetzen!

Über 800 Expertinnen und Experten aus den verschiedensten Disziplinen der Gesundheitsversorgung haben in den vergangenen eineinhalb Jahren an der Erstellung der zweiten Ausgabe des PRAEVENIRE Weißbuchs „Gesundheitsstrategie 2030“ mitgewirkt. Damit setzt der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE seinen Weg zur **WEITERENTWICKLUNG DES SOLIDARISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS** konsequent fort und mahnt notwendige Reformen mit 87 Forderungen an die Gesundheitspolitik ein. Drei Leuchtturmprojekte zeigen weitere Arbeitsschwerpunkte des Vereins auf. | von Rainald Edel, MBA

Aus der Vergangenheit lernen und die Zukunft gestalten — lautet zusammengefasst die Herangehensweise zur Erstellung der zweiten Ausgabe des PRAEVENIRE Weißbuchs „Gesundheitsstrategie 2030“. Im Rahmen einer Pressekonferenz im Birlothhaus, dem Sitz der Gesellschaft der Ärzte in Wien, gab PRAEVENIRE Präsident Dr. Hans Jörg Schelling Ende April erste Einblicke in die zweite Ausgabe des Weißbuchs. In Form von zahlreichen Gipfelgesprächen zu versorgungsrelevanten Themen, bei denen immer die Patientinnen, Patienten und deren Versorgung im Mittelpunkt standen, erarbeiteten über 800 Expertinnen und Experten aus den verschiedensten Disziplinen der Gesundheitsversorgung Lösungsansätze. „Damit das Ergebnis breit getragen wird, war entscheidend, dass wir für diesen Prozess alle an einen Tisch geholt und zur Mitgestaltung eingeladen haben. Die Vorschläge der Expertinnen und Experten versuchten wir anschließend in Konsens zu bringen, sodass möglichst alle in eine Richtung ziehen“, so Schelling. Daraus abgeleitet wurden die 87 Forderungen

Reinhard Riedl, PRAEVENIRE Vorstandsmitglied; Dr. Erwin Rebhandl, PRAEVENIRE Vorstandsmitglied; Beatrix Volc-Platzer, Präsidentin der Gesellschaft der Ärzte in Wien; Hans Jörg Schelling, Präsident PRAEVENIRE; Erika Sander, Generalsekretärin Gesellschaft vom Goldenen Kreuze (ohne Bild) erläuterten bei der Pressekonferenz anlässlich der Vorstellung des PRAEVENIRE Weißbuchs „Gesundheitsstrategie 2030“ die Forderungen der Expertinnen und Experten und gaben Ausblicke auf die weiteren Initiativen des Vereins PRAEVENIRE.

und Handlungsempfehlungen, die den insgesamt 16 Kapiteln jeweils vorangestellt sind.

Politik muss handeln

„Wenn man das Gesundheitssystem weiterentwickeln will — und das ist dringend notwendig —, muss man die demografische Entwicklung der Bevölkerung und die Patientenströme berücksichtigen. Daher ist die zentrale Frage, wie man Patientinnen und Patienten bestmöglich und wohnortnahe versorgen kann“, erläuterte Schelling. Es brauche einen Wandel von der Reparatur- hin zur Präventionsmedizin. Dieser lässt sich nur in Form einer niederschweligen, wohnortnahen Primärversorgung realisieren, die auch über die entsprechenden Mittel verfügt, lautet eine der Forderungen aus dem PRAEVENIRE Weißbuch. „Da eine Finanzierung aus einer Hand nicht abschbar ist, schlagen wir eine Zwei-Topf-Finanzierung vor, bei der der gesamte niedergelassene Bereich inklusive der Spitalsambulanzen aus einem und die stationäre Versorgung in den Spitälern aus einem zweiten Topf finanziert werden“, so Schelling. Neben einer Ausweitung des

Disease Management Programmes für die Versorgung chronisch Erkrankter müsse auch die medizinische Versorgungslücke im Sinne früher Diagnosen bei den 6- bis 18-Jährigen geschlossen werden. „Deshalb fordert der Verein PRAEVENIRE eine deutliche Ausweitung des Mutter-Kind-Passes zumindest bis zur Volljährigkeit und die Umwandlung in einen Präventionspass“, erklärte Schelling. Zudem sei zur Aufrechterhaltung der Versorgung eine Neuordnung der Berufsrechte im Gesundheitsbereich unumgänglich. Um Gesundheitsapps in der Versorgung zu etablieren, brauche es, so Schelling, eine Zertifizierungsstelle, welche den Nutzen von CE-zertifizierten Gesundheitsapps nach einem klar strukturierten Prozess evaluiert und Empfehlungen für deren Einsatz und Finanzierung ausspricht. „Bereits im letzten Finanzausgleich wurde festgelegt, dass die Planung und Steuerung des Gesundheitssystems dem Bund obliegt. Nun ist es auch am Bund, von diesem Recht aktiv Gebrauch zu machen“, betonte Schelling. So wäre es höchst an der Zeit, dass sich der nunmehr dritte Gesundheitsminister seit Start

des Weißbuch-Prozesses mit den Themen und Lösungsvorschlägen intensiv auseinandersetzt. Der PRAEVENIRE Prozess ist, so Schelling, mit der Veröffentlichung des Weißbuchs nicht abgeschlossen. Denn bei den 7. PRAEVENIRE Gesundheitsgesprächen im Stift Seitenstetten, 18. bis 20. Mai 2022, www.praevenire.at, wird bereits an den nächsten Themenkreisen und Vorschlägen gearbeitet.

Primärversorgung weiter ausbauen

„Österreich ist im internationalen Vergleich in puncto Primärversorgung eher schwach entwickelt“, erklärte PRAEVENIRE Vorstandsmitglied Dr. Erwin Rebhandl, der selbst eine Primärversorgungseinheit (PVE) in Oberösterreich betreibt. Primärversorgung in guter Ausprägung senke die Spitalsaufenthalte und fördere die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. Daher brauche es nicht nur zum einen mehr PVE, sondern zum anderen auch echte Anreize, wie beispielsweise die aktuellen EU-Förderprogramme, welche zu gründen. Primärversorgung funktioniert nur im Team und im interdisziplinären Austausch — dafür müssen Medizinerinnen, Mediziner, diplomierte Krankenpflegekräfte sowie u. a. Physio- und Ergotherapeutinnen, -therapeuten, Logopädiinnen, Logopäden, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Hebammen und Ordinationsassistentinnen sowie -assistenten im Bereich der Zusammenarbeit entsprechend geschult werden. Um auch junge Medizinerinnen und Mediziner besser an die Anforderungen und Aufgaben in der Primärversorgung heranzuführen, bedarf es neben der Fachärztin, dem Facharzt für Allgemeinmedizin auch eine deutliche Ausweitung der Lehrpraxis. Diese soll,

so die PRAEVENIRE Forderung, von derzeit sechs auf 18 Monate ausgeweitet werden.

Möglichkeiten der Digitalisierung sinnvoll nutzen

„Wenn wir nicht aufpassen, droht eine digitale Rolle rückwärts“, warnt PRAEVENIRE Vorstandsmitglied und Experte für Digitalisierung, Prof. Dr. Reinhard Riedl von der Berner Fachhochschule. Überlegungen, während der Pandemie erfolgreich eingeführte digitale Projekte wieder rückgängig zu machen, seien diesbezüglich ein Alarmzeichen! Aus Sicht des Vereins PRAEVENIRE gelte es, die schon bestehenden Potenziale der Digitalisierung tatsächlich zu nutzen und erfolgreiche Projekte in die Regelversorgung zu übernehmen — insbesondere telemedizinische Angebote, die während der Pandemie sehr gut funktioniert haben. „Wir müssen wegkommen von einer Gesundheitsversorgung, die durchschnittlich die beste Versorgung ermöglicht. Stattdessen brauchen wir eine personalisierte Präzisionsmedizin“, erklärte Riedl. Basis dafür sind Daten aus dem Gesundheitssystem. Keine Option ist es, so Riedl, sich vor der Entscheidung zu drücken, Daten aus Österreich zu nutzen und das Problem dadurch zu umgehen, indem auf Daten anderer Länder — oft mit fraglicher Aussagekraft — zurückgegriffen wird. Man müsse der Skepsis gegenüber der Datennutzung entgegenwirken, indem man den Nutzen in den Vordergrund stellt und breit kommuniziert.

Neue Leuchtturmprojekte des Vereins PRAEVENIRE vorgestellt

„Gerade in einer von Social-Media-Meldungen und Schlagzeilen dominierten Welt ist es wich-

PRAEVENIRE Weißbuch „Gesundheitsstrategie 2030“



tig, den Menschen einen Anker für seriöse Informationen auf wissenschaftlicher Basis zu bieten“, erklärte Univ.-Prof. Dr. Volc-Platzer, Präsidentin der Gesellschaft der Ärzte in Wien. Der Verein PRAEVENIRE ist in Vorbereitung, gemeinsam mit der Gesellschaft der Ärzte in Wien im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Wissenschaft für die Menschen“ der Bevölkerung komplexe medizinische Informationen auf Basis der neuesten medizinischen Erkenntnisse niederschwellig, einfach und verständlich näherzubringen. Mag. Erika Sander, Generalsekretärin der Gesellschaft vom Goldenen Kreuze, griff das Thema Gesundheitskompetenz auf. Im Rahmen der PRAEVENIRE Initiative „Wissenschaft für die Jugend“, konkret mit der PRAEVENIRE Summer School, will man schon heuer im Juni eine Blaupause für schulische Gesundheitsbildung schaffen. „Und zwar nicht mit erhobenen Zeigefinger, sondern indem wir Gesundheit erklären und vor allem deren Wirkung erlebbar machen. Gelingt dieser Versuch, hoffen wir, dass die Ansätze auf lange Sicht Eingang in die Lehrpläne der österreichischen Schulen finden“, so Sander. „Die Pandemie hat deutlich gezeigt, dass das Verhalten der Menschen stark davon abhängt, ob sie der Wissenschaft glauben oder nicht“, erklärte Schelling. Der gemeinnützige Verein PRAEVENIRE hat deshalb den „1. PRAEVENIRE Innovationspreis“ ins Leben gerufen, bei dem kreative Ideen und visionäre neue Wege der Versorgung in vier Kategorien (Steigerung der Gesundheitskompetenz, Intensivierung von Präventionsmaßnahmen, Fortschritt in der frühen Diagnose sowie Verbesserung der Compliance/Adhärenz) zu je 10.000 Euro prämiert werden. P

Fünf Jahre Wiedereingliederungsteilzeit

Um den beruflichen Wiedereinstieg von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach einer Krankheit nachhaltig zu sichern, gibt es die Möglichkeit einer Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) durch fit2work – ein Programm, das kostenlos Betriebe und Einzelpersonen an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Arbeit berät und unterstützt. | von Rainald Edel, MBA

Langzeitkrankenstände sind sowohl für betroffene Personen als auch für Unternehmen eine große Herausforderung. Neben den vielfältigen Ursachen, die zu Langzeitausfällen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen können, sind nun auch vermehrt die Langzeitfolgen einer COVID-19-Erkrankung, bekannt unter dem Begriff „Long COVID“, ein Thema. Personen, die nach einer Krebserkrankung, einer COVID-Infektion oder einer anderen schweren Erkrankung wieder zurück an ihren Arbeitsplatz kommen, klagen oft über verminderte Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit oder Müdigkeit und können einen vollen Arbeitstag kaum bewältigen. Betriebe laufen Gefahr, diese Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verlieren — gerade bei gut im Betrieb eingearbeiteten Fachkräften kein wünschenswertes Szenario. Um in diesen Fällen eine Rückkehr ins Arbeitsleben zu ermöglichen, gibt es die Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ). Diese erlaubt eine Reduktion der Arbeitszeit um bis zu neun Monate — ohne große finanzielle Verluste für Mitarbeiterinnen, Mitarbeiter und Betriebe. Erste und zentrale Anlaufstelle zu Fragen rund um die WIETZ ist das österreichweite Programm fit2work. Dieses unterstützt Betroffene bei der Beantragung einer WIETZ,

sorgt für den notwendigen Termin bei der Arbeitsmedizin und berät bei etwaigen anderen Fragen rund um den Wiedereinstieg. Das zu 100 Prozent geförderte Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot von fit2work kann von allen österreichischen Betrieben inklusive öffentlicher Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

Voraussetzungen und Finanzielles

Eine Wiedereingliederungsteilzeit kann beantragen, wer mindestens sechs Wochen durchgehend im Krankenstand und zuvor mindestens drei Monate beim Unternehmen beschäftigt war. Die Vereinbarung zur WIETZ ist einvernehmlich — sowohl der Betrieb als auch die betroffene Person müssen damit einverstanden sein. Die Arbeitszeit kann zwischen ein und sechs Monaten um maximal 50 Prozent reduziert werden. Gegebenenfalls sind auch drei Monate Verlängerung möglich. Im Zuge der WIETZ erhalten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer für die tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden das entsprechende Gehalt vom Arbeitgeber, ein weiterer Teil wird in Form von Wiedereingliederungsgeld durch den jeweiligen Krankenversicherungsträger ausbezahlt. Betroffene kommen sodann auf rund 85 Prozent ihres ursprünglichen Einkommens.



Im Zuge der Beratung durch fit2work wird ein individueller Wiedereingliederungsplan entwickelt.



Der Weg zur Wiedereingliederung

Die Erstberatung erfolgt immer durch fit2work. Termine können einfach über die österreichweite Hotline 0800 500 118 vereinbart werden. Im Zuge der Beratung durch fit2work wird ein individueller Wiedereingliederungsplan entwickelt und die Dauer sowie die Arbeitszeitphasen zwischen Unternehmen und Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer werden vereinbart. Als nächstes folgt eine arbeitsmedizinische Abklärung. Der letzte Schritt ist die Einreichung beim jeweiligen Krankenversicherungsträger: Die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer ist für die Einreichung bei der jeweiligen Krankenkassa selbst verantwortlich, die Genehmigung kann bis zu drei Wochen dauern. P



© LUDWIG SCHIEDL

© SANDRA HINTERLECHNER, WELLDONE



Juristische Beratung mit PERI Group Partnern

Alles, was Recht ist

Von der Digitalisierungsoffensive in der Gesundheitsbranche über zahlreiche neue Aspekte bei datenschutz- und compliance-relevanten Themen bis hin zu verschärften Markteintrittsbedingungen für Pharma- und HealthCare-Produkte — die PERI Group bietet ihren Kundinnen und Kunden optimalen Support, wenn es um **JURISTISCHE UNTERSTÜTZUNG MIT ERFAHRUNG UND FINGERSPITZENGEFÜHL** geht. PERISKOP traf DDr. Karina Hellbert, LL.M., und Mag. Marian Maybach, die mit ihrer neuen Kanzleipartnerschaft das PERI-Leistungssegment in diesem Bereich künftig unterstützen werden. | von Michael Haitzinger

sind, auch vernünftig bewältigen kann. Das betrifft Bereiche wie die Digitalisierung, den Umgang mit Ärzten und Patientenorganisationen mittels neuer Plattformen wie Podcasts oder auch wie man Online-Schulungen oder Kongresse künftig rechtlich korrekt umsetzt. Sollen Kongresse auch künftig weiterhin hybrid abgehalten werden? Bei hybriden Veranstaltungen ist man mit anderen datenschutzrechtlichen Themen konfrontiert. Mit der Abwehr von Hackerangriffen muss man sich bei einem Präsenzkongress eher nicht beschäftigen. Ebenso bei Compliance-Themen, die teilweise aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln bewertet werden müssen. Ist ein reiner Online-Zugriff gleich zu behandeln wie eine Einladung vor Ort?

PERISKOP: In welchen Bereichen sehen Sie Ihre Kernkompetenzen und wie denken Sie, können Sie das PERI Leistungspektrum ergänzen?

HELLBERT: Ich persönlich komme eher von der technischen Seite und arbeite sehr viel im Bereich Market Access, Produktentwicklung und Good Manufacturing Practice. Meine fachliche Kernkompetenz sehe ich daher ganz klar dort, wo es um technikaffine juristische Themenstellungen geht, wie etwa License-Agreements, Reimbursement-Themen oder auch im Segment der Medizinprodukte. Bei all diesen Themen sind wir von Anfang an der Seite unserer Mandanten, also schon ab dem Start der klinischen Versuche und letztendlich bis hin zur Analyse der „Poor-Dogs“, die am Schluss dann vom Markt genommen werden müssen. Wenn man so will, dann hole ich also die technische Seite ab, die rechtlich gesehen einen ganz anderen Erklärungsbedarf hat und auch vom rechtlichen Wording her sehr unterschiedlich ist.

MAYBACH: Während meine Kollegin ganz klar die Fachanwältin ist, bin ich eher der klassische Jurist. Schon während meiner Berufsanfänge habe ich sehr intensiv für die Pharmaindustrie gearbeitet und konnte dort auch Inhouse-Erfahrung sammeln. Heute sehe ich mich als eine Art Generalist, der die Branche auch immer aus unterschiedlichen Blickwin-

keln heraus betrachten konnte. Zumeist habe ich in sehr enger Kooperation mit Rechtsabteilungen gearbeitet. Durch meine Konzern-Erfahrung bei einem Big-Pharma Unternehmen konnte ich auch viele Kontakte knüpfen, die letztendlich auch eine gewisse Klammer um unsere gemeinsame Arbeit bilden und die sehr interessant für Klienten sein können. Außerdem sehe ich mich als Vermittler zwischen der Compliance und den Business-Bedürfnissen. Ich versuche, mich hier ein wenig mehr einzubringen, weil gerade auch die Pharmaindustrie oft unter der Last der Vorschriften ächzt. Hier muss man als Rechtsanwalt Wege finden, um Prozesse auch mit der wirtschaftlichen Seite möglichst kompatibel zu halten. Durch meine Nähe zu Rechtsabteilungen verfolge ich hier einen doch eher pragmatischen Ansatz im Sinne der Klienten.

PERISKOP: Wie ist Ihre persönliche Erwartungshaltung im Hinblick auf eine Zusammenarbeit mit der PERI Group?

MAYBACH: Die PERI Group bietet ja bereits umfassende rechtliche Beratung an und ich glaube, dass wir dieses Angebot extern durch unsere beiden Kompetenzbereiche sehr gut stärken können. Umfassende anwaltliche Expertise beiziehen und diese Leistung im Kundenbereich der Gruppe auch aktiv anbieten zu können, erachte ich als wichtige und positive Ergänzung im PERI Portfolio.

HELLBERT: Ich persönlich kenne die PERI Group schon aus früheren Projekten. Bei einigen Market Access Projekten sowie bei unterschiedlichen Seminaren haben wir bereits sehr intensiv und erfolgreich zusammengearbeitet. Für mich bedeutet die Zusammenarbeit, dass wir Mandanten gemeinsam bei den jeweiligen Themen gut abholen und sie juristisch umfassend betreuen können.

PERISKOP: Welche Themen beschäftigen Sie aktuell in Ihrer täglichen Arbeit?

HELLBERT: Ich veretrete eine große Online-Apotheke, wo es öfters mal Probleme mit der Apothekerkammer gibt, weil wohl nicht verwundernd von dieser eine andere Geschäftsphilosophie verfolgt wird. Die Pandemie hat

aber gezeigt, dass auch Arzneimittel verstärkt über das Internet gekauft werden — und das möglichst über einen sicheren Channel. Es ist klar, dass man online keinen direkten Kundenkontakt hat, das heißt man muss in diesem Bereich anders agieren und auch eine andere Business-Strategien fahren. In diesem Zusammenhang gibt es immer wieder Streitigkeiten, unter anderem auch vor dem Handelsgericht Wien. Auch dabei veretrete ich die Online-Apotheken, da deren Geschäftspraktiken verständlicherweise nicht immer mit den Vorstellungen einer traditionellen Apotheke zusammenpassen.

MAYBACH: Mein Hauptfokus liegt derzeit in der Zusammenarbeit mit produzierenden Pharmaunternehmen, die unterschiedliche rechtliche Themen outsourcen sowie jüngeren aufstrebenden Unternehmen in der Biopharmazie, die rechtliches Know-how benötigen. Aktuell unterstütze ich die Klienten von der Gesellschaftsgründung, Vertragsgestaltung bis hin zur Vertretung in Gerichtsverfahren, verfolge in meiner Tätigkeit also einen umfassenden Beratungsansatz.

PERISKOP: Die Gesundheitsbranche wird immer komplexer, Themenstellungen werden umfangreicher. Gerade auch im medizintechnischen Bereich sieht die PERI Group ein Segment, in dem rechtliche Beratung zunehmend an Bedeutung gewinnt. Auch hier kann man gemeinsam sicherlich sehr gut weiterentwickeln. Wie sehen Sie das?

HELLBERT: Der Medizinprodukte- und der In-Vitro-Diagnostika-Bereich sehen sich immer mehr regulatorisch unterworfen. War hier früher alles relativ lax geregelt, hat sich der europäische Gesetzgeber nach dem Brustimplantatskandal entschieden, dieses Segment mehr an den Arzneimittelbereich anzugleichen. Auch bei den Vorschriften betreffend klinische Studien, der Vigilanz oder bei den Händlerverträgen ist das so. Die Medizinprodukt-Unternehmen sind darauf eigentlich noch nicht ausreichend vorbereitet, ebenso wenig die Krankenanstalten. Letztere insbesondere in Bezug auf die erwähnten In-Vitro-Diagnostika und wie man mit sogenannten Inhouse-Diagnostika umgeht, die man selbst herstellt. Wie haften wir dafür? Worauf ist in der Herstellung im Labor zu achten? Wie lange darf man diese noch überhaupt herstellen? Welche Dokumente muss man wie erstellen? Gibt es schon elektronische Tools? Weiters gilt es, Haftungsfragen abzuklären und natürlich muss auch über die Patientenaufklärung nachgedacht werden. In Bezug auf die verstärkte Reglementierung ist hier also bei vielen Unternehmen noch ein gewisses Unverständnis vorhanden.

PERISKOP: In Kürze starten die PERI Online-Experts eine neue Webinar-Reihe zum Thema Online-Marketing für Ärztinnen und Ärzte. Im Mittelpunkt dieser Offensive stehen Themen wie die Erstellung einer eigenen Website, die Bespielung von Social-Media-Kanälen oder der Einsatz von digitalen Kommunikationstools. Besonders erfreulich ist, dass wir Ihre Kanzlei als Unterstützung bei diesen Online-Schulungen für alle rechtlichen Aspekte gewinnen konnten. Wie wichtig erachten Sie es, dass auch Ärztinnen und Ärzte den Weg in unsere zunehmend digitalisierte Welt finden?

HELLBERT: Für sehr wichtig. Ich biete seit längerem Online-Schulungen in diesem Bereich an und helfe unter anderem Pharmaunternehmen dabei, ihren Internetauftritt

zu optimieren. Wir sehen, dass die strenge Reglementierung gerade auch im ärztlichen Bereich zu sehr viel Unsicherheit führt. Was darf ich überhaupt sagen und wie formuliere ich es korrekt. Was muss ich beachten, wenn ich Nahrungsergänzungsmittel oder Medizinprodukte über meinen Online-Shop verkaufen möchte und viele weitere Fragen tun sich da auf, von der Gewerbeordnung bis zur Gewährleistung. Auch Dermatologinnen und Dermatologen sind mit ihrem Verkauf von Kosmetika hier stark betroffen. Die kommende Seminarreihe der PERI Group, die von der Kammer approbiert ist, stellt eine sehr gute Maßnahme dar, Ärztinnen und Ärzten einen rechtlich einwandfreien Weg zu zeigen, wie sie von diesen neuen digitalen Plattformen profitieren können. Über e-Card und ELGA sind die Ärzte zwar schon längst bei der Digitalisierung angekommen, über ihre eigene Online-Präsenz, den Produktverkauf über Shop-Lösungen oder ganz simpel auch datenschutzrelevante Themen bis hin zu den Möglichkeiten der Telemedizin, sind viele aber noch ungenügend informiert.

PERISKOP: Welche rechtlichen Themen und Herausforderungen werden Ihrer Meinung nach kurz- bis mittelfristig auf den Gesundheitssektor insgesamt zukommen?

MAYBACH: Bedingt durch die aktuellen Krisen, beschäftigen Rohstoffverknappung, Ressourcenverfügbarkeit, extreme Lieferzeiten sowie erhöhte Energiepreise nahezu alle Branchen weltweit. Hier gibt es einen enormen Beratungsbedarf, wie man als produzierendes Unternehmen damit umgehen soll, wenn man beispielsweise Ersatzteile nicht mehr bekommt und seine eigene Leistung nicht mehr verlässlich zusagen kann. Da sind gerade viele Branchen unter Druck und auch die produzierende Pharmaindustrie ist damit konfrontiert. Ein sehr heikles Thema also, da es natürlich auch um die Verfügbarkeit von Medikamenten geht.

HELLBERT: Basierend auf den laufenden Anfragen ist damit zu rechnen, dass ausländische Anbieter verstärkt Gesundheitsdienstleistungen auch am österreichischen Markt anbieten werden — und dies rein über Telemedizin. Das bedeutet aber auch, dass die Ärzteschaft in Österreich vor ganz neue Herausforderungen gestellt wird, da man plötzlich über diesen neuen Kanal Konkurrenz z. B. aus Deutschland bekommt. Junge Menschen sind heutzutage extrem medienaffin und viele überlegen es sich zweimal, in einer Ordination warten zu müssen. Da ist es einfacher, über das Internet ein Foto hochzuladen, um sich dort die Diagnose samt Rezept zu holen. Das alles wird sicherlich in naher Zukunft verstärkt auf uns zukommen und hier sollten wir gut vorbereitet sein.

PERISKOP: Das Internet führt à la longue also zu einem Paradigmenwechsel im Bereich der ärztlichen Dienstleistung. Hängt dies aus Ihrer Sicht nur mit dem Generationswechsel zusammen?

HELLBERT: Wie schon gesagt ist die junge Generation den Umgang mit den neuen Medien gewohnt. Man lädt einfach einen Screenshot oder ein Handyfoto hoch und zeigt es online einem Mediziner. Wir haben in der Pandemie auch gesehen, dass die Menschen allgemein nicht mehr so gerne zur Ärztin oder zum Arzt gehen und sich dort mit zwanzig Leuten in die Ordination setzen. Die Telemedizin wird daher einfach stärker in den Vordergrund treten. Und natürlich kommen hier neue datenschutzrechtliche Aspekte wie auch Ver-



schlüsselungsthemen hinzu. Es gilt zu klären, wie es mit der medizinischen Beratung und damit verbundenen haftungsrechtlichen Frage aussieht, wenn man eine Patientin oder einen Patienten gar nicht mehr live zu Gesicht bekommt. In Deutschland wurde die Berufsforderung geändert, sodass dort jetzt auch eine reine Telemedizin zulässig ist.

MAYBACH: Die Digitalisierung der Arbeitswelt hat sich durch die Pandemie generell verstärkt. Unternehmen haben realisiert, dass man auch von zu Hause aus das Geschäft einigermaßen gut betreiben kann. Gerade auch der Gesundheitsbereich war sehr stark involviert, da es durch Corona hier eine hohe Awareness gab und zum Teil bis heute noch gibt, weil ja immer noch viele Menschen von zu Hause aus arbeiten.

PERISKOP: Ihre eigene Kanzleigründung, hat dies einen Einfluss auf Ihre Beratung?

MAYBACH/HELLBERT (BEIDE LACHEN): Man wird sich wieder stärker bewusst, dass nicht nur die „legal facts“ zählen, wenn man darüber diskutiert, welche Farbe die Stühle des Besprechungsraumes haben sollten. Eine Neugründung eröffnet wieder andere Perspektiven und gibt einem die Möglichkeit, diese gemeinsam umzusetzen, dies unter Berücksichtigung aller Erfahrungen, die wir beide über die Jahre schon gesammelt haben.

Aus Sicht der PERI Group konnten mit Maybach und Hellbert zwei absolute Größen aus der Welt der Rechtsberatung im Gesundheitswesen als Ergänzung zu den bestehenden Inhouseangeboten gefunden werden. Garanten dafür sind nicht nur die langjährigen Erfahrungen der beiden Anwälte in den relevanten juristischen Fachbereichen, sondern auch ein hohes Maß an juristischer Kreativität. Eine erste gute Gelegenheit zum Kennenlernen und Austausch wird sich im Rahmen der kommenden Webinar-Serie der PERI OnlineExperts ergeben. Prädikat: Wärmstens empfohlen. **P**

Erst im März dieses Jahres bezogen die beiden Anwälte ihre neuen Kanzleiräumlichkeiten in der Wiener Schwarzschanerstraße. Aus Sicht der Partner war es ein optimaler Zeitpunkt, die Erfahrungsbereiche aus jeweils 20 Jahren juristischer Arbeit im Gesundheitswesen zusammenzuführen. Gemeinsam wollen sie der Branche ein fundiertes und durchdachtes Angebot zur Verfügung stellen. Als neue Kooperationspartner im breiten PERI Netzwerk eröffnet sich zudem eine hervorragende Chance, Aktionsradius und Bekanntheitsgrad der Kanzlei weiter auszubauen.

PERISKOP: Die Corona-Krise hat die Gesundheitswelt in vielen Bereichen sprichwörtlich aus den Angeln gehoben. Hatte die Pandemie auch einen Einfluss auf Ihre Entscheidung, beruflich künftig diesen gemeinsamen Weg einzuschlagen?

MAYBACH: Sicherlich war die Pandemie auch ein Aspekt, unsere Kompetenzen jetzt zu bündeln. Für die Gesundheitsbranche haben sich viele neue Themenbereiche eröffnet. Obwohl ich auch noch in anderen juristischen Bereichen tätig bin, ist die Entscheidung, jetzt mehr in den Pharma- und Health-Care-Bereich zu gehen, sicherlich auch der Corona-Krise geschuldet.

HELLBERT: Die Pandemie hat Stärken und Schwächen in der Pharmaindustrie aufgezeigt, die man in einigen Fällen als Einzelanwalt nur schwer abarbeiten kann. Da braucht es ganz einfach stärker gebündeltes Wissen, ein noch tiefergehendes Verständnis für die Industrie und vor allem auch ein Backup, das man all die Themen, die jetzt hochgekommen

Biobox

Mag. Marian Maybach trat nach dem Studium der Rechts- und Übersetzungswissenschaften (Englisch, Französisch) an den Universitäten Graz und Nancy, Frankreich, 1997 in die Anwaltschaft ein und arbeitete als Rechtsanwältin und später als Partnerin in Wiener Wirtschaftskanzleien, wo er sich vielfältiges Know-how in der Beratung von internationalen Konzernen sowie Start-ups oder Privatunternehmern aneignete. 2012 war er Gründungspartner von Maybach Görg Lenneis & Partner. Seit dem ersten Quartal 2022 ist er Partner bei Maybach, Bechter, Hellbert Rechtsanwälte GesbR. Der ehemalige Leistungssportler war zweimal österreichischer Meister in der Leichtathletik.

Medizin dezentral und zentral

„Wohnortnahe Versorgung versus Zentrumsmedizin“ lautete der Titel eines der PRAEVENIRE Talks in Gastein vom 30.9.2021 mit österreichischen Spitzenexpertinnen und -experten. Die Zukunft von Österreichs Gesundheitswesen liegt nicht in einem scheinbaren Widerspruch. **PRIMÄRVERSORGUNG MIT HOHER QUALITÄT** und die Medizin in Krankenhäusern bis zu den Universitätskliniken müssen einander sinnvoll ergänzen, um zu einem optimalen Ergebnis für die Patientinnen und Patienten zu kommen. | von Wolfgang Wagner

Dr. Gerald Bachinger, NÖ-Patientenanwalt und Sprecher der österreichischen Patientenanwälte, erklärte: „Ich denke, wohnortnahe Versorgung und Zentrumsmedizin sind nicht zwei Pole, sondern zwei kommunizierende Gefäße, die gleich wichtig sind. Sie müssen in einem guten Verhältnis sein.“

„Wohnortnahe Versorgung ist natürlich wichtig“, betonte der Patientenanwalt. Die Thematik von Wegstrecken zur nächsten Ärztin bzw. zum nächsten Arzt sei nicht mehr so wichtig wie früher. „Die (historisch gewachsene; Anm.) räumliche Verteilung der Krankenhäuser ist noch so, dass man ein Spital innerhalb eines halben Tages mit einer Kutsche erreichen konnte.“ Die modernen Verkehrsmittel hätten zu einer anderen Situation geführt. Das Kriterium müsse daher die Qualität der Versorgung sein. Die Bevölkerung sei aber heute wesentlich mobiler, die Anfahrtszeit zu einer Primärversorgungseinheit in einigen Kilometern Entfernung jedenfalls zu schaffen. „Mit den bestehenden Einzelordinationen haben wir keine gute wohnortnahe Versorgung. Das ist ein Mythos“, sagte Bachinger mit Hinblick auch auf Öffnungszeiten und Versorgungsangebot. Freilich, gleichzeitig müsse man unter dem Titel optimaler Qualität auch bei den Spitälern die Strukturen anpassen, betonte der Patientenanwalt. Dazu müsse man bei geplanten Änderungen wie Krankenhausschließungen oder der Verlagerung von Fachabteilungen die Bevölkerung der betroffenen Region auch frühzeitig informieren, vorbereiten und einbinden. Entscheidend sei im Gesundheitswesen mit pyramidenhaftem Aufbau die Primärversorgung, betonte der Patientenanwalt: „Ich möchte eine Lanze brechen für die Primärversorgung und die Wichtigkeit der Generalisten. Wenn die Primärversorgung Risse und Lücken bekommt, wird auf Dauer das gesamte System zum Einsturz kommen. Im Krankenhaus kann man das nicht nachholen oder ersetzen.“

Wer zusammenarbeiten möchte, soll sich einbringen.
Karl Lehner

Onkologie: Diagnostik, spezielle Therapie im Zentrum
„Ich bin eine große Verfechterin der Zentrumsmedizin“, betonte Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger, Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische On-

kologie am Landeskrankenhaus Wiener Neustadt in Niederösterreich. Seit Beginn der Covid-19-Pandemie habe man auch viele zusätzliche Agenden übernehmen müssen. In Sachen Onkologie, so die Expertin: „Es ist undenkbar, dass Allgemeininternistinnen und -internisten heute auch Hämatologie und Onkologie machen. Die müssen zentralisiert sein.“ „Es ist weniger die Therapie als das ganze Drumherum. Die Patientinnen und Patienten werden uns vorgestellt. Wir geben die Therapie an. Standardtherapien können dann wohnortnah durchgeführt werden“, sagte die Onkologin. Aus der Praxis ihrer Klinik mit einem weiten Versorgungsgebiet im Flächenbundesland Niederösterreich: „Ich habe keine einzige Patientin und keinen einzigen Patienten erlebt, die oder der mit einem bösartigen Tumor aus (zum Beispiel; Anm.) Hainburg zu uns fährt und sich darüber beschwert.“

Wohnortnahe Versorgung und Zentrumsmedizin sind kommunizierende Gefäße.
Gerald Bachinger

Nachholbedarf in der Zentrumsbildung
Weiterhin gebe es in Österreich Defizite in der Zentrumsbildung für das Anbieten von Spitzenmedizin, meinte Univ.-Prof. Dr. Thomas Grünberger, Vorstand der Abteilung für Chirurgie an der Klinik Favoriten mit dem Spezialgebiet der Tumorchirurgie für Patientinnen und Patienten mit bösartigen Erkrankungen von Leber, Galle oder Bauchspeicheldrüse. Die Forderung nach Spezialisierung und Zentrumsbildung sei im Grunde genommen bereits alt. „Das ist weltweit definiert, publiziert und in anderen Ländern üblich. Es hat 20 Jahre gedauert, bis es auch in diesem Bereich (z. B. in Wien; Anm.) umgesetzt werde. Für die Patientinnen und Patienten ist es kein Problem, ob sie aus Oberösterreich oder Innsbruck, aus dem Burgenland oder Wien kommen, um die bestmögliche Therapie in Form einer spezialisierten Behandlung zu bekommen“, sagte der Chirurg. Auf der anderen Seite, so Grünberger: „Es gibt genügend Bereiche der Medizin, wo es keine Spezialistinnen und Spezialisten braucht und wo Versorgung wohnortnah sein sollte.“ Wo immer man beispielsweise in die Wartezimmer von Hausärztinnen und Hausärzten blicke, sehe man gleich 20 oder mehr Wartende.

Wohnortnahe Versorgung oder Zentrumsmedizin?
Welche Rolle die medizinische Versorgung vor der Haustür spielt und welche jene in Zentren, wurde intensiv diskutiert.

Beide, die Versorgung im Wohnort und die Zentrumsmedizin, ist gleich wichtig und muss in einem guten Verhältnis miteinander liegen, sagt Patientenanwalt Gerald Bachinger. Gerade die Pandemie habe gezeigt, dass die Versorgung vor der Haustür für medizinische Zentren keine Alternative zu Zentren sein kann. Die Qualität durch Qualität, die Möglichkeit von primärer Versorgung zu sekundärer Versorgung und Spezialisation“, erklärt Bachinger.

Die Versorgung im spezialisierten Zentrumsbereich bietet auch Birgit Gittler von Landeskrankenhaus Wiener Neustadt. „Die Versorgung vor der Haustür ist wichtig“, betont sie. „Es ist wichtig, dass die Versorgung im Bereich Hausarzt und Onkologie nicht überfordert werden.“

„Wir wissen, dass Patientinnen und Patienten spezialisierte Versorgung brauchen und wo Versorgung wohnortnah sein sollte.“ Wo immer man beispielsweise in die Wartezimmer von Hausärztinnen und Hausärzten blicke, sehe man gleich 20 oder mehr Wartende.

„Ich bin eine große Verfechterin der Zentrumsmedizin“, betonte Priv.-Doz. Dr. Birgit Grünberger, Abteilungsleiterin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische On-

Sonderbeilage
Salzburger Nachrichten,
Erscheinungstermin
15. Oktober 2021



„Qualität spielt erste Geige“
Qualität, Versorgungssicherheit, umfassendes Leistungsangebot und Spezialisierung in einem System sind für Andreas Huss, Obmann-Stv. der Österreichischen Gesundheitskasse, Ausschlag gebend: „Qualität spielt die erste Geige.“ Natürlich sollte die Primärversorgung wohnortnahe erfolgen. Doch es gehörten zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch andere Gesundheitsberufe, Pflege (inklusive Pflegevisiten) dazu. Das geht bis hin zur Sozialarbeit. Die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt könne hier kaum alle Anforderungen erfüllen.

Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppen sind notwendig.
Gunda Gittler

„Grundsätzlich geht der Weg in Richtung Primärversorgungseinheiten. Wir sollten jetzt bereits 75 haben, haben derzeit 29“, sagte Huss. Hier hätte man sich bei der Geschwindigkeit der Umsetzung der Pläne verschätzt. Einzugsbereiche von um die 20 Kilometer seien für solche PVEs möglich. Die Zukunft, so der ÖGK-Obmann-Stv.: „Wir sind dabei, die Zusammenarbeitsformen (von Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsberufen; Anm.) österreichweit zu harmonisieren. Wir wollen alle Möglichkeiten für sinnvolle Zusammenarbeitsformen österreichweit zur Verfügung stellen.“ So könnte der Aufbau einer Primärversorgungseinheit zunächst über eine Gruppenpraxis erfolgen. Auch geteilte Verträge etc. müssten möglich sein — auch um „den ersten Schritt in die Selbstständigkeit“ bei nachfolgenden Ärztinnen und Ärzten zu



erleichtern. Das sollte bis zur Bereitstellung von Infrastruktur gehen. Der nächste Finanzausgleich sollte laut Huss auch als Chance für noch grundsätzlicheren Änderungen genutzt werden. Man werde auch diese Forderungen in die Finanzausgleichsverhandlungen einbringen. Das biete dann die Möglichkeit niedergelassene Medizin und Spitalsambulanzen besser zu koordinieren. Huss: „Das wäre ein Schritt zur Finanzierung aus einem Topf.“

Wer zusammenarbeiten möchte, soll sich einbringen.
Karl Lehner

Beispiele aus Oberösterreich
„Wer zusammenarbeiten möchte, soll sich einbringen“ — so das Motto von Mag. Karl Lehner, Geschäftsführer der Oberösterreichische Gesundheitsholding GmbH. Allerdings, dazu sollte es sektorenübergreifend weniger Hindernisse und Restriktionen geben. Lehner nannte dazu in Oberösterreich bereits realisierte Beispiele: „Wir haben einige Verschränkungsmodelle im Konzern. Wir haben zwei MR-Geräte die an dezentralen Standardspitälern mit 200 Betten etabliert sind. In Gmunden haben wir

seit zehn Jahren ein MR, das an unser Haus angebaut ist und das ein Privater und unsere Radiologie gemeinsam betreiben. Wir haben in Rohrbach ein ähnliches Modell. Das ist ein intramurales Gerät.“ Hier gebe es eine Vereinbarung mit der Krankenkasse, wonach externe Leistungen abgerechnet würden. Ein weiteres Beispiel: eine pädiatrische Gruppenpraxis beim 220-Betten-Spital von Kirchdorf/Krems, die von den Kinderärztinnen und -ärzten des Krankenhauses personell abgedeckt werde. Das habe die niedergelassene Pädiatrie für die Umgebung und den Erhalt der Kinderabteilung an dem Spital gewährleistet. Mag. Claudia Neumayer-Stickler, Leiterin des Referats für Gesundheitspolitik des ÖGB, forderte einen schnellen Ausbau der Primärversorgungseinheiten in Österreich: „Wir haben noch immer sehr viele kleine Ordinationen mit einer Ärztin oder einem Arzt ohne weitere Gesundheitsberufe. Für eine wirklich umfassende medizinische Betreuung, bei der auch die Elemente der Prävention, der Gesundheitsförderung und der psychosozialen Betreuung verankert sind, braucht es ein größeres Team.“ Vernetzung und strukturierte Zusammenarbeit seien hier Grundbedingungen. Die Regelungen zum Aufbau einer besseren Primärversorgung seien hier ein großer Fortschritt gewesen.

Expertinnen und Experten zum Thema: Wohnortnahe Versorgung versus Zentrumsmedizin

- 1 Gerald Bachinger
- 2 Gunda Gittler
- 3 Reinold Glehr
- 4 Birgit Grünberger
- 5 Thomas Grünberger
- 6 Andreas Huss
- 7 Karl Lehner
- 8 Claudia Neumayer-Stickler

Mag. Claudia Neumayer-Stickler: „Einer der Meilensteine ist, dass es hier einen verpflichtenden Versorgungsauftrag gibt. Dass die Menschen dann die Versorgung bekommen, die sie einfach brauchen.“

Wandel von mehreren Seiten
Dr. Reinhold Glehr, seit Jahrzehnten als Allgemeinmediziner in Hartberg in der Steiermark tätig, betonte schließlich die Notwendigkeit, sich im Gesundheitswesen an die gesellschaftlichen Veränderungen insgesamt laufend anzupassen: „Ich glaube, dass der Wandel von zwei Seiten kommt. Ich glaube, dass die junge Generation von Ärztinnen und Ärzten von den unternehmerischen Ansätzen weniger begeistert ist, als es meine Generation war. Dadurch ist die Bereitschaft viel größer in Gruppenpraxen zusammenzuarbeiten, oder in Primärversorgungszentren.“ Diese Entwicklung werde weitergehen. Die Frage sei, ob man in solchen Institutionen unternehmerisch tätige Ärztinnen und Ärzte benötige oder ob das ambulantartig (mit angestellten Ärztinnen und Ärzten; Anm.) organisiert werden könne. „Ich war immer Verfechter von Ärzte-Netzwerken. Ich hatte immer die Überzeugung, dass das im ländlichen Raum so organisiert werden kann, dass wir die Rundum-Versorgung sichern können.“ Probleme, die geforderten Ordinationszeiten abzudecken, gebe es übrigens auch in Primärversorgungszentren, so Glehr. „Ich glaube, dass wir beide Systeme erhalten müssen — als Möglichkeit und Chance.“

Sinnvolle Zusammenarbeitsformen für ganz Österreich zur Verfügung stellen.
Andreas Huss

Breites Spektrum der Apotheken
Österreichs Apothekerinnen und Apotheker sind für die Zukunft des österreichischen Gesundheitswesens mit Zentrumsmedizin und wohnortnaher Versorgung jedenfalls breit aufgestellt. Das erklärte Mag. Gunda Gittler, Leiterin der Anstaltsapothek im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz: „Wir sind als Apothekerinnen und Apotheker in beiden Bereichen vertreten. Wir haben die Generalistinnen und Generalisten im niedergelassenen Bereich in den öffentlichen Apotheken wohnortnah mit einer Versorgungsstruktur über das Bundesgebiet, wo wir gut aufgestellt sind. Wir haben in der Zentrumsmedizin die spezialisierten Zentren, wo personalisierte Medizin und die Zubereitung von Spezialpräparaten vonseiten unserer Berufsgruppe abgedeckt wird.“ Die Versorgungssicherheit hätten die österreichischen Apotheker in der Corona-Krise hinlänglich bewiesen. „Wir haben im Zuge der Krise auch die Chancen der Digitalisierung und das E-Rezept genutzt“, sagte Mag. Gittler. Dies werde sich auch mit telemedizinischen Ansätzen intra- und extramural fortsetzen. Wo man als Spitalsapothekerin oder -apotheker noch mehr mitarbeiten könne, sei die Entlassung von Patientinnen und Patienten aus dem Spital, sagte Gittler. Hier gehe es darum, die Medikation bzw. die sachgerechte Einnahme von Medikamenten auch nach dem Spitalsaufenthalt zu gewährleisten. Auch die Polypharmazie sei in der Zukunft sicher ein großes Thema für die Apothekerschaft. Was insgesamt gefördert werden sollte: Die Vernetzung und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Berufsgruppen. P





PRÄGNANT

Unsere Agenda: verlässliche Information nahe am Menschen



Die letzten beiden von der Pandemie geprägten Jahre stellten nicht nur die Gesellschaft, die Wirtschaft und insbesondere die Gesundheitsbranche vor enorme Herausforderungen. Auch die Medienhäuser sahen sich mit einer Situation konfrontiert, die in dieser Form und Intensität neue Dimensionen eröffnete. Zu den schwierigen Aufgaben zählte unter anderem, einer teils wissenschaftsskeptischen Öffentlichkeit **MEDIZINISCHES FACH- UND EXPERTENWISSEN VERSTÄNDLICH ZU VERMITTELN**. Qualitätsmedien mussten sich damit auseinandersetzen, wie sie einerseits seriösen, gut recherchierten Inhalt bieten können und andererseits das Bedürfnis der Menschen nach schneller, vertrauenswürdigen Inhalten gerecht werden. | von Christian Lenoble

Wie kann dieser Spagat in einer Zeit gelingen, in der insbesondere auf den Social-Media-Kanälen Begriffe wie „Lügenpresse“ das Vertrauen in journalistische Arbeit zunehmend untergraben? Welche neuen Rollen kommen auf Medienverantwortliche zu und wie gut wurden diese bis dato erfüllt? Im PERISKOP-Interview reflektiert Markus Mair, Vorstandsvorsitzender der Styria Media Group AG, zwei herausfordernde Jahre der Pandemieberichterstattung und präsentiert seine Vision einer qualitativ hochwertigen Berichterstattung.

PERISKOP: Herr Mair, wie herausfordernd haben Sie – insbesondere anfangs der Pandemie – die Kommunikation von wissenschaftlichen Erkenntnissen in Anbetracht einer von wissenschaftlicher Unsicherheit geprägten Zeit empfunden?

MAIR: Das war in der Tat sehr herausfordernd, ist es immer noch. Aber genau das ist ja auch eine gute Möglichkeit, sich weiterzuentwickeln und sich als angesehenes Medium wieder neu zu beweisen und sein Ansehen sowie seinen Qualitätsanspruch zu bestätigen — mit gewisserhafter Recherche und dem Eingeständnis, authentisch auch einmal zu sagen, wenn etwas noch nicht bekannt ist. Genau das muss man im Fall des Falles auch im Medium, auf den verschiedenen Plattformen, zum Thema machen. Wenn man — wie im Falle der Styria Media Group — eine klar definierte Vision hat, die sich rund um verlässliche Information

nahe am Menschen rankt, dann ist das schon eine unmissverständliche Agenda. Diese Agenda schlägt sich nicht zuletzt in unseren Redaktionen durch — und damit in unseren Produkten und Angeboten. Medienleute sind hier die Vermittler zwischen der hohen Wissenschaft, auf die wir ja in solchen Zeiten zweifelsfrei angewiesen sind, und den Menschen da draußen, die etwas damit anfangen können müssen, was wir ihnen da vermitteln. Hier die verschiedenen Flugebenen zu vereinen, das muss in der Kompetenz von Journalistinnen und Journalisten liegen. Ich denke, hier haben weltumspannend alle Qualitätsmedien in den vergangenen zwei Jahren noch ein gutes Stück dazugelernt. Und dieser Entwicklungsprozess ist noch nicht zu Ende. Corona hat die Medienwelt entscheidend geprägt und weiterentwickelt, das wird noch lange nachwirken.

Wie hat ein Qualitätsmedium den Spagat zwischen gut recherchiertem, differenziertem Content und dem Leserbedürfnis nach „schneller“, verständlicher Information zu bewältigen? Welche Rolle kommt dabei den Social Media zu?

Social Media sind hier natürlich ein Treiber, aber sie haben dazu geführt, dass wir heute so effizient und flott arbeiten wie nie zuvor. Das verändert die Arbeitsweise grundlegend. Worauf wir unter allen Umständen achten müssen, ist die Qualität, die im Rausche der Geschwindigkeit nicht leiden darf. Das ist für alle, die hochwertigen Journalismus auf einer



Vielzahl der heute verfügbaren Plattformen bieten, eine große Herausforderung. Breaking News sind schnell draußen, was es dann danach braucht, ist der erläuternde Hintergrund, das differenzierte Draufschauen auf die Themen, die die Welt derzeit bewegen. Das ist Service für Leserinnen und Leser, die etablierte Medien bieten können. Ich möchte sagen — nur sie können das. Das gilt übrigens nicht nur für Corona. Und genau diese unabdingbare Gründlichkeit macht ja einen ganz deutlichen Unterschied zwischen Social Media und etablierten Medien aus. Das ist unser Trumpf, wenn Sie so wollen. Durch die fortschreitende Digitalisierung haben wir es mit einer — im Gegensatz zu den frühen 1990ern — völlig veränderten Lage in der Medienlandschaft weltweit zu tun: Wir sind nicht mehr in der damals gewohnten Quasi-Monopolstellung, zu entscheiden, was morgen für Welt und Mensch wichtig sein wird. Sondern wir stehen einer riesigen Anzahl an Postern, Influencern und auch simplen Usern gegenüber, die eben auch ihre Meinung und Emotion kundtun wollen und von jeder und jedem rund um die Uhr gehört werden können. Jeder ist nicht nur Empfänger, sondern kann auch jederzeit senden. Das erhöht die Komplexität für alle Seiten, nicht nur für etablierte Medienhäuser. Hand aufs Herz: Wie viele Menschen können in diesem Überangebot an vermeintlichen Nachrichten noch zwischen Wissen und Halbwissen, zwischen Information und Fehlinformation unterscheiden? Das ist eine große Aufgabe für uns alle, hier wieder das richtige Gleichgewicht zu bekommen — als Gesellschaft in einer funktionierenden Demokratie.

Wie erleben Sie das vielkportierte Misstrauen in große Medienhäuser – Stichwort Lügenpresse? Vor welchen besonderen Herausforderungen steht ein Medienhaus im Umgang mit sogenannten Querdenkern?

Leider ist der Begriff des Querdenkens durch die Corona-Pandemie semantisch neu belegt worden, indem man die vermeintliche Gegenseite regelrecht zum Feind erklärt. Das ist schade, denn konstruktives, kritisches Querdenken hat die Menschheit und Gesellschaft grundsätzlich stets weiterentwickelt, entfaltet und nicht gebremst oder verunsichert, wie es nun der Fall ist. Abgesehen davon erleben unsere Journalistinnen und Journalisten in den Redaktionen 24/7, was es heißt, in so einem weltumspannenden, heiß diskutierten Thema in der ersten Reihe zu sitzen. Medien werden — neben der Politik und der Wissenschaft per se — zum (ebenso semantisch neu belegten) Establishment gezählt. Sie sind ein Ziel der Wut geworden, die sich nicht nur in Kommentaren und Postings Luft macht. Das trifft natürlich nur auf einen kleinen Teil der Gesellschaft zu — leider ist dies aber der

Biobox

Markus Mair studierte Rechtswissenschaften an der Karl-Franzens-Universität Graz. Danach war er u. a. bei der Raiffeisen-Landesbank Steiermark AG beschäftigt, zuletzt als Generaldirektor. Neben zahlreichen Geschäftsführungs-, Vorstands- und Aufsichtsratsfunktionen in verschiedenen Unternehmen in der Finanz-, Versicherungs-, Medien- und Energiebranche ist Mair der Styria Media Group AG bereits seit 2009 als Mitglied des Aufsichtsrats verbunden und ist seit 2013 Vorstandsvorsitzender. Seit 2018 ist Markus Mair zudem Präsident des Verbandes Österreichischer Zeitungen (VÖZ). Als CEO ist Markus Mair u. a. für die Media-Einheiten des Konzerns und mehrere Functions in der Holding (Group Finance, Legal Services, Data Protection, Board Projects, Corporate Communications) verantwortlich.

Factbox

Die Styria Media Group AG zählt zu den größten Medienunternehmen Österreichs. Zu ihr gehören zahlreiche Tageszeitungen (in Österreich: Die Presse, Kleine Zeitung), Wochenzeitungen, Magazine, Online-Dienste, Radio-Sender, Buchverlage und Agenturen sowie Druckereien, Logistik-, Werbe-, IT- sowie Softwareentwicklungsunternehmen. Einst in Graz gegründet, ist die STYRIA heute regional, national und international relevant. Österreich, Kroatien und Slowenien sind der Kernmarkt der Gruppe.

STYRIA
MEDIA GROUP

deutlich lautere Teil, der sich Gehör verschafft und hier die öffentliche Bühne stürmt, im wahrsten Sinne medienwirksam. Diskussionen rund um Qualitätsjournalismus und Redlichkeit der gewissenhaften Recherche verlaufen sich oft im Sand. Da darf man sich auch nichts vormachen und Energie nicht falsch einsetzen: Wir werden nicht restlos alle erreichen. Was nicht heißt, dass wir nicht um jede und jeden Einzelne/n kämpfen. Das kann man eben nur mit Qualität und verlässlicher, verständlicher Information. Das setzt ein gutes Maß an Medienkompetenz voraus, die wir nach Kräften fördern wollen. Dazu braucht es viel Zeit und Engagement. Das ist es uns aber wert, weil wir es unserem Publikum schuldig sind, das uns vertraut und auf uns als seriöse Informationsquelle setzt. Zurecht.

Wie haben Sie generell den Umgang der Medien mit Corona in Österreich und international wahrgenommen? Welche Medien und welche Form der Berichterstattung haben Ihnen gefallen oder sogar als Vorbild gedient? Was hat Ihnen missfallen?

Natürlich habe ich internationale Medien auch in Zeiten der bisherigen Pandemie gelesen und verfolgt, als echtes Vorbild hat aber ehrlicherweise keines gedient. Das ist auch logisch: Diese Situation war ja für alle neu, alle mussten ihren Weg finden. Man muss sich dabei auf sich selbst und seine Entwicklung konzentrieren. Die Journalistinnen und Journalisten in unseren Medienmarken haben rasch damit begonnen, sich auf die Thematik Covid zu spezialisieren, zum Beispiel der inzwischen mehrfach ausgezeichnete Journalist Köksal Baltaci aus der „Presse“-Redaktion. Wichtig ist es bei der Vermittlung und journalistischen Aufbereitung immer, auf Augenhöhe mit dem Publikum zu sein und Fachspezifisches, zu Wissenschaftliches, Medizinisches für alle verständlich zu machen und gut zu vermitteln. Nur so ist man mit seinem Informationsangebot wirklich nahe am Menschen.

Studien zeigen, dass die Vielfalt an medialen Kanälen den Konsumenten nicht zwangsläufig kompetent macht, sondern auch verwirrt und eine gute Reflektion erschwert. Kann man dem als Medienverlag entgegenwirken und zu einer erhöhten Medienkompetenz der Bürgerinnen und Bürger beitragen?

Das ist eine unserer ganz großen Aufgaben. Dessen sind wir uns bewusst. Hier sind wir

auch gefordert, Lösungen zu finden. Die Welt wird komplexer und unübersichtlicher. Nicht nur bei den Themen an sich, sondern auch in dieser regelrechten Flut an Informationen — ohne hier ins Framing verfallen zu wollen, aber so fühlt es sich an und so ist es ja auch. Im Grunde ist einer der Lösungsansätze tief in uns verankert: der unbedingte Anspruch an Qualitätsjournalismus. Dazu muss man sagen: Das Wort Qualitätsjournalismus sagt sich oft so schnell dahin. Das darf nicht oberflächlich werden, sondern muss etwas bedeuten. Wichtig ist es, diesen Anspruch als Qualitätsanbieter ständig neu zu definieren. Es gilt auszuloten, wie technologische Entwicklungen etc. die Möglichkeiten des Qualitätsjournalismus erweitern, um ihn für noch mehr Menschen zugänglich und erlebbar zu machen. Selbstverständlich muss man hier bei der sogenannten Young Audience mit innovativen, kreativen Produkten und auf immer neuen Plattformen ansetzen. Wir wollen die Jungen für Qualitätsmedien begeistern, in neuen Formen, die auch uns selbst als Medienhaus entfalten. Wir stehen niemals still. Zugleich dürfen wir alle anderen nicht aus den Augen verlieren. Wir entwickeln nicht nur unser digitales Angebot ständig weiter und versuchen Neues, sondern wir halten auch unsere Printprodukte up-to-date. Mit dieser Mischung ist schon einiges getan, und wir machen weiter, wir bleiben neugierig. Das ist eine journalistische Tugend, die auch hinsichtlich unserer Arbeitsweise und Tools im Redaktionsalltag schlicht notwendig ist.

Was muss in Zukunft noch besser gemacht werden, um das Vertrauen in Qualitätsmedien zurückzugewinnen? Kann man damit – wenn es so wie in Corona-Zeiten um Gesundheitsthemen geht – auch eine signifikante Rolle bei der Steigerung der Gesundheitskompetenzen der Bürger spielen?

Es wird eine weitere Spezialisierung, Recherchentiefe und die ständige Überprüfung der Verlässlichkeit von Quellen geben, das muss unter allen Umständen gewährleistet sein. Wichtig ist, dass wir klar trennen zwischen Beratern und jenen, die journalistisch aufklären. Wir sind keine Ärztinnen und Ärzte, keine Pharmaindustrie, sondern Medien. Und: Wir müssen im Dialog mit unserem Publikum bleiben, um zu wissen, wo es Aufklärungs- und Informationsbedarf gibt. Dieses gesellschaftliche Nachfrageverhalten einem Medium gegenüber ist eine elementare Grundlage für unser Tun. 🗣️





PRÄGNANT

Österreich bei Whistleblowing-Gesetz säumig

Gemäß der EU-Whistleblowing-Richtlinie (RL 2019/1937) hätte Österreich auf Bundes- und Landesebene bis 17. Dezember 2021 entsprechende gesetzliche Regelungen zum Schutz von Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern erlassen müssen. Geschehen ist diesbezüglich bislang nichts, moniert Hon. Prof. (FH) Dr. Bernhard Rupp, MBA, Leiter der Abt. Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich. Zudem greife der EU-Ansatz für eine umfassende Regelung zu kurz. Unbedingt notwendig wären für den Experten im Rahmen eines neuen Gesetzes insbesondere **MASSNAHMEN ZUM SCHUTZ VON WHISTLEBLOWERN IM GESUNDHEITS- UND PFLEGEBEREICH** zu schaffen. | von Rainald Edel, MBA

Gerade im Gesundheits- und Pflegebereich können Missstände, Fahrlässigkeit oder Unterlassungen dramatische Folgen für Betroffene und Schutzbefohlene nach sich ziehen. Daher besteht in diesem sensiblen Bereich ein besonderes Interesse an der Aufklärung, Aufarbeitung und Verhinderung derartiger Fälle. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass Missstände aufgezeigt und öffentlich gemacht werden — für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber (englisch Whistleblower) allerdings eine riskante Sache, da sie in Österreich mangels rechtlicher Absicherung damit ihren Arbeitsplatz und ihr persönliches Fortkommen riskieren. Die Folge: Entsprechende Meldungen unterbleiben.

Auch in Bereichen, die vom Unionsrecht betroffen sind, beispielsweise EU-Förderungen, gab es in der Vergangenheit immer wieder Missbräuche und Skandale. Um hier für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber Rechtssicherheit zu schaffen, hat die EU im Oktober 2019 die sogenannte Whistleblower-Richtlinie beschlossen, um EU-weite Mindeststandards im Zusammenhang mit Whistleblowing sicherzustellen. Den einzelnen Mitgliedstaaten wurde eine Frist bis 17. Dezember 2021 eingeräumt, diese in nationales Recht auf Bundes- und Länderebene zu übernehmen und gleichzeitig auf den innerstaatlichen Bereich auszudehnen. „Österreich hat diese Frist, ohne auch nur den geringsten Ansatz einer gesetzlichen Regelung zu treffen, verstreichen lassen und ist nun mit einem Vertragsverletzungsverfahren konfrontiert“, erklärt Bernhard Rupp.

Wegweisendes Urteil

Eine Triebfeder der EU, das Thema Whistleblowing aufzugreifen, kam aus dem Gesundheits- und Pflegebereich durch den Fall Heinisch vs. Bundesrepublik Deutschland, der 2011 vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) verhandelt wurde. Anlass zu diesem Verfahren war, dass die Altenpflegerin Brigitte Heinisch Anfang 2005 von ihrem Arbeitgeber, dem landeseigenen Berliner Konzern Vivantes, fristlos gekündigt wurde, weil sie im Dezember 2004 eine Strafanzeige gegen Vivantes wegen Verdachts auf Betrug und weitere Straftaten gestellt hatte. Hintergrund war die Besorgnis von Heinisch um erhebliche Personal- und Qualitätsmängel in der Pflege, auf die sie zuvor mehrfach intern erfolglos hingewiesen hatte. Die Entlassung hat die Altenpflegerin durch alle Instanzen gerichtlich beinsprucht, bis der Fall schließlich

vor dem EGMR landete. Dieser gab Brigitte Heinisch im Juli 2011 Recht und erkannte, dass die fristlose Kündigung und die Weigerung der deutschen Gerichte diese aufzuheben, gegen das Recht auf Meinungsfreiheit verstoße, das in Artikel 10 der Europäischen Menschenrechtskonvention garantiert wird. In der Urteilsbegründung betonte das Gericht, dass Beschäftigte zunächst innerbetrieblich kompetente Stellen über mögliche Missstände am Arbeitsplatz informieren sollten. Nur falls dies offensichtlich unpraktikabel sei, komme als letzter Ausweg der Gang an die Öffentlichkeit in Betracht.

Nur rudimentäre Whistleblowing-Strukturen

Fälle wie den von Heinisch kennt Bernhard Rupp auch aus der Beratungspraxis der AK Niederösterreich. Viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die sich an ihn bzw. die Abteilung wenden und über Missstände in ihrem Unternehmen berichten, haben Angst um ihren Job. „Gerade wenn es um den Schutz von Patientinnen und Patienten bzw. pflegebedürftigen Personen oder um Missstände geht, brauchen wir solide Regelungen, sodass die Öffentlichkeit davon erfährt. Die Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber müssen entsprechend geschützt werden“, betont Rupp und moniert die derzeitige Rechtslage, wonach es zwar einzelne Elemente gibt, die in Richtung Whistleblowing-Regelung gehen, aber weit entfernt von einer soliden Lösung sind. Solange ein nationaler Rechtsrahmen fehlt, kommen die anwendbaren Teile der EU-Richtlinie zur Anwendung. Allerdings betreffen diese nicht den Gesundheits- und Pflegebereich. Als Beispiel für die ungenügende Umsetzung nennt er das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), wonach etwa Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner, wenn sie von gesundheitsgefährdenden Problemen Kenntnis erlangen, versuchen müssen, diese betriebsintern bei der Geschäftsführung zu melden und eine Lösung herbeizuführen. Nur wenn dies nicht fruchtet, haben sie das Recht, nach außen zu gehen und den Fall beim Arbeitsinspektorat zu melden. Ein Schutz des Arbeitsplatzes besteht in einem derartigen Fall nicht. „Wir haben durch das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz noch eine andere Möglichkeit, nämlich die Gefährdungs- bzw. Überlastungsanzeige“, schildert Rupp. Diese sei in letzter Zeit durch mehrere Betriebsratskörperschaften in diversen Spitälern eingebracht worden.

In manchen Bundesländern, so auch in Niederösterreich, bieten die Patientenanwältin-

Für Bernhard Rupp, Leiter der Abt. Gesundheitspolitik der AK Niederösterreich, ist eine solide österreichische Whistleblowing-Regelung unumgänglich und dringend notwendig.

Dass erst was passiert, wenn was passiert ist, ist eindeutig zu spät. Gute Whistleblowing-Regelungen sind als „Primärprävention“ im Gesundheits- und Pflegebereich notwendig!

Bernhard Rupp



nen und -anwälte an, dass sie anonymen Hinweisen, sofern diese ausreichend dokumentiert sind, nachgehen. Eine ähnliche Anweisung gibt es auch für die Arbeitsinspektorate. Auch die Arbeiterkammer habe für Fälle, die an sie herangetragen werden, einen „Werkzeugkoffer“ zusammengestellt. Eine anonyme Möglichkeit, über kritische Vorfälle zu berichten, ist cirsmedical.at.

Ausgestaltung einer soliden Whistleblower-Gesetzgebung

Welche Aspekte eine solide Lösung umfassen müsste, wurde vor rund einem Jahr durch eine große Unternehmensberatungsfirma präsentiert. Diese hat Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer inkl. Personen in Führungspositionen befragt, wie sie zu einer Whistleblowing-Regelung stehen. Rund zwei Drittel der Befragten sahen eine Notwendigkeit in einer solchen Einrichtung, wobei 72 Prozent eine firmeninterne Stelle bevorzugen würden, der Rest würde sich lieber an eine externe Stelle wenden. Die EU-Richtlinie sieht beide Möglichkeiten vor. Welche Punkte bei einer solide Whistleblower-Regelung relevant sind, fasst Rupp wie folgt zusammen:

- Die Sicherheit, dass Whistleblowing keine persönlichen Konsequenzen nach sich zieht.
 - Dass man anonym bleiben kann.
 - Dass man zeitnahe Informationen erhält, was mit der Meldung passiert ist.
 - Dass die Bearbeitung der Meldung durch eine unabhängige Person oder Stelle tatsächlich erfolgt.
 - Die Rückmeldung, dass zu gegenständlichem Fall oder zu anderen Problemen bereits Meldungen eingegangen sind.
 - Dass die Unternehmensleitung solche Meldungen zu Missständen wünscht.
- „Wir haben seit rund 15 Jahren ein Unternehmensstrafrecht, das allerdings im Gesundheitsbereich gar nicht greift. Daher wäre im Zuge einer Whistleblower-Regelung auch eine Diskussion über die österreichische Kronzeugenregelung und eine Adaption des Verbandsverantwortlichkeitsgesetz (VbVG) nötig“, so Rupp. Durchaus etwas abgewinnen kann er dem deutschen Entwurf zum Hinweisgebergesetz, da dieses nicht nur Verstöße gegen das EU-Recht, sondern auch Verstöße im Strafrecht abdeckt sowie Bereiche, die von großem öffentlichem Interesse sind. „Es wäre wichtig, Menschen zu ermutigen, Vorkommnisse zu melden, bevor ein größeres Problem entsteht“, appelliert Rupp. **P**

© PETER PROVAZNIK

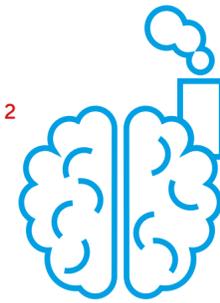


PRÄGNANT

Thinktank Gesundheit | Folge 2

Pflege neu denken

Das Brennpunktthema Pflege braucht Entscheidungen



Über das Thema Pflege wurde bislang eher unverbindlich geredet. Währenddessen wurden Hilferufe seitens der pflegenden Kräfte überhört. Dabei verdienen diese Alarmsignale oberste Priorität. Denn sie kommen von einer Berufsgruppe, die oft über das menschlich Zumutbare geht, die Großartiges leistet, die mittlerweile jedoch selbst am Erkrankten

hochpriorisiertes Gebiet des Wiener Wirtschaftskreises. Diese Denkfabrik der Wirtschaftskammer Wien gestaltet in interdisziplinären Dialogen Strategien und Handlungsvorschläge für Entscheidungsträger. Im Umfeld der Pflege stehen wir vor essenziellen Fragen, zu denen die Fachleute des Wiener Wirtschaftskreises einen konstruktiven Beitrag zu leisten versuchen: Wie kann es uns in Österreich, namentlich in Wien, gelingen, ausreichend und gut ausgebildete Pflegekräfte zur Verfügung zu haben? Wie steht es um deren Ausbildung? Wie entwickelt sich das Verhältnis der Pflegekräfte aus dem In- und aus dem Ausland? Wie können wir das Berufsfeld der Pflege erstrebenswert gestalten, innovative Karrieremodelle entwickeln und neben einer attraktiven Bezahlung auch einen entscheidenden Umdenkprozess in der Gesellschaft erreichen? In welcher Weise sollen Robotik und assistive Technologien ihren Platz in der Pflege finden?



Abg.z.NR Univ.-Prof. Dr. Rudolf Taschner, Leiter des Wiener Wirtschaftskreises

In welchen Bereichen sind solche Systeme bereits so etabliert, dass sie breit eingesetzt werden können? Nehmen diese Systeme auf die Bedürfnisse der zu pflegenden Menschen Rücksicht und können sie die Pflegekräfte so entlasten, dass sich diese auf die hochwertigen Aufgaben, vor allem auf die Kommunikation mit pflegebedürftigen Menschen, konzentrieren können? Welche Chancen bestehen für Österreich, namentlich für Wien, in diesem Feld wegweisend zu sein? Welche Rolle spielt das immens wichtige Thema der Gesundheitsprävention? Die demographische Entwicklung in den wohlhabenden Staaten der Welt, insbesondere in Österreich, lässt jedenfalls keine andere Wahl, als sich diesen Fragen zu stellen. Aufgrund einer Fülle von Daten und Statistiken wird gezeigt, welche dieser Überlegungen wir prioritär behandeln müssen bzw. wo die zielführenden Antworten benötigt werden — am besten heute, damit wir morgen noch eine gute pflegende Begleitung sicherstellen können. Hand aufs Herz: Meist werden wir erst dann wachgerüttelt, wenn wir selbst Pflege brauchen, oder eine uns nahestehende Person. Wir müssen uns vor Augen halten, dass Pflegerinnen und Pfleger mit Menschen arbeiten, die sich in einer besonders sensiblen Lebensphase befinden: nach einer Erkrankung, nach einem Unfall, und auf dem letzten Lebensweg. Diese Arbeit braucht Profis. Ein gesellschaftlicher Umdenkprozess ist unausweichlich. Denn Profis verdienen Verständnis, Hilfen und Entscheidungen auf Augenhöhe. Sonst werden sie sich anders orientieren. **P**

Die Veröffentlichung des Wiener Wirtschaftskreises zum Thema „Pflege“ können Sie unter folgendem QR-Code nachlesen.



360° Blick

10 Jahre Pro Rare Austria — unsere Vision für seltene Erkrankungen 2030



Seit über 10 Jahren setzt sich Pro Rare Austria als österreichweiter Dachverband und Sprachrohr für langfristige und unmittelbare für die Gemeinschaft von Menschen mit seltenen Erkrankungen spürbare Verbesserungen ein. Pro Rare Austria ist für viele Menschen mit seltenen Erkrankungen eine wichtige Anlaufstelle, zählt mittlerweile 85 Mitglieder und hat seit seiner Gründung einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet, das Bewusstsein und Verständnis für seltene Erkrankungen zu erhöhen und die Anliegen von Menschen mit seltenen Erkrankungen zu vertreten. Anlässlich des Jubiläums soll ein Überblick über unsere Vision für die Zukunft gegeben werden: Von den Verbesserungen von Diagnose und Therapie über den Ausbau und die Vernetzung von Expertise, Forschung und Datenaustausch bis hin zur Stärkung und Sicherung von Patientinnen- und Patientenvertretungen wird das Ziel verfolgt, die Situation von betroffenen Menschen unmittelbar und nachhaltig zu verbessern. Wir setzen uns für einen schnelleren und

weniger beschwerlichen Weg bis zur Diagnose sowie eine Erleichterung des daran anknapfenden Patientenpfades ein. Eine gesicherte und anerkannte Diagnose bietet die Grundlage für Therapien und Leistungen. Um für betroffene Personen gleichberechtigt zugänglich zu sein, müssen diese sowohl erstattungsfähig und leistungsfähig als auch österreichweit einheitlich geregelt sein und patientengerecht verabreicht werden. Niemand sollte bei Zugang und Finanzierung von notwendigen Leistungen benachteiligt werden. Nicht nur auf österreichischer Ebene — etwa durch den Nationalen Aktionsplan für seltene Erkrankungen — sondern auch auf europäischer Ebene sollen politische Strategien geschaffen und verfolgt werden. Ein wichtiger Schritt ist der bereits in Planung begriffene europäische Aktionsplan für seltene Erkrankungen. Pro Rare Austria arbeitet seit seiner Gründung sowohl österreichweit als auch international aktiv an der Definition der Aktionspläne und der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen mit und ist im Beirat der seltenen



Ulrike Holzer, Obfrau Pro Rare Austria

Erkrankungen im BMSGPK sowie in zahlreichen anderen Beiräten und Gremien vertreten. Ein wichtiger Aspekt ist die notwendige ausreichende Finanzierung von Expertisezentren und deren Einbindung in das nationale Gesundheitssystem. Die internationale Vernetzung ist gerade bei seltenen Erkrankungen zentral: Österreich ist bereits in alle 24 europäischen Referenznetzwerken durch Expertisezentren und Assoziierte Nationale Zentren eingebunden. Noch ausbaufähig sind Register und Datenbanken, die innerhalb Österreichs und international interoperabel sein müssen und damit zu einer schnelleren Diagnosefindung beitragen. Bestehende Forschung und klinische Studien sollen im Sinne des „Data Sharing“ national und international zusammengeführt werden. Für Menschen mit seltenen Erkrankungen kann der Datenaustausch eine unmittelbare Erleichterung bedeuten, da gespeicherte Daten für die Versorgung und Diagnose genutzt werden können. Gerade aufgrund der Seltenheit der Erkrankungen ist es für Forschung und Medizin — und damit für die Gemeinschaft der Menschen mit seltenen Erkrankungen — höchst relevant, auf Daten zugreifen zu können, wobei die Interessen und Rechte der Patientinnen und Patienten immer im Vordergrund stehen müssen. Bisher erreichte Meilensteine zeigen, was gut organisierte Patientinnen- und Patientenvertretungen und Selbsthilfegruppen gemeinsam mit einer starken Vertretung durch Pro Rare Austria leisten können. Auf dem Weg zur Gleichberechtigung aller Patientinnen, Patienten gibt es allerdings noch viele notwendige Schritte, und Pro Rare Austria wird Menschen mit einer seltenen Erkrankung und deren Anliegen weiterhin als gemeinsame, laute Stimme vertreten und stärken. **P**

Weiterführende Links: <https://www.prorare-austria.org/>





PRÄGNANT

Hygiene in Gefahr

Mit COVID-19 hat die **HYGIENE AUCH IN DER BREITEN ÖFFENTLICHKEIT EINEN NEUEN STELLENWERT BEKOMMEN**. Doch abseits von SARS-COV-2 missachtet die Gesundheitspolitik weitgehend die Erfordernisse für die Gewährleistung eines funktionierenden Systems zur Prävention in medizinischen Einrichtungen. Nachwuchs und Erhalt der Qualität sind gefährdet, erklärten jetzt führende Vertreter der Österreichischen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (ÖGKH) im Gespräch mit PERISKOP. | von Wolfgang Wagner



Ojan Assadian ist Präsident der ÖGKH und Ärztlicher Leiter des LKH Wiener Neustadt

Dafür, dass es in Europa jährlich zu rund 3,2 Millionen Fällen nosokomialer Infektionen kommt - in Österreich trifft dies pro Jahr laut ÖGKH etwa 95.000 Betroffene - stehen die Belange der Hygiene noch viel zu weit im Hintergrund. Auch wenn derzeit in den Medien täglich Bilder und Videos von Intensivpflegerinnen und -pflegern in Vollmaskierung auf COVID-19-Stationen gezeigt werden. „Wir haben in Österreich rund 60 Fachärztinnen und Fachärzte für Hygiene und klinische Mikrobiologie. Wie viele Ärztinnen und Ärzte ein ÖAK-Diplom für Krankenhaushygiene besitzen, wissen wir nicht“, sagte Prof. Dr. Ojan Assadian, Präsident der ÖGKH und Ärztlicher Leiter des LKH Wiener Neustadt.

Die Misere geht weiter. Ein Großteil des Hygiene-Fachpersonals besteht aus diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, das für diesen Bereich die Spezialisierung Krankenhaushygiene absolvieren muss. „Wie viele das sind, wissen wir erst

recht nicht genau, da Spezialisierungen im Berufsregister nicht erfasst werden“, sagte Gerlinde Angerler, BA, diplomierte Krankenschwester mit Spezialisierung für Intensivmedizin, Absolventin einer universitären Ausbildung für Hygiene in Berlin und Vorstandsmitglied der ÖGKH. „Ich habe nach 14 Jahren am Krankenbett den Schritt zur Hygienefachkraft gewagt und bis 2013 zwei Sonderausbildungen absolviert. In jenem Jahr habe ich mich dann auch zu einem entsprechenden Studium in Berlin entschlossen und an der Steinbeiss Hochschule die Ausbildung zur Hygienemanagerin absolviert.“ Gerlinde Angerler arbeitet jetzt als Leiterin des Hygienekompetenzentrums der LABCON - Medizinische Laboratorien GmbH, die u. a. mehrere Spitäler der Vinzenzgruppe, niedergelassene Ambulanzen und andere Einrichtungen in Hygienefragen berät. Sie und ihr Team führen die entsprechenden Analysen durch und unterstützen bei sämtlichen Agenden, die einen hygienisch sicheren Betrieb ermöglichen.

COVID-19 und die Folgen

Die Arbeit der Hygienefachkräfte könnte vielfältiger nicht sein. Im Rahmen eines Hygiene-teams geht es unter anderem um:

- Erstellung und Aktualisierung von Hygieneplänen
- Beratung des Personals in der betreuten Einrichtung in Hygieneangelegenheiten
- Reagieren bei Verdacht auf Krankenhausinfektionen (sog. „Ausbruchmanagement“)
- Infektions-Surveillance, Erreger- und Resistenzstatistiken
- Mitwirken bei Planung und Organisation der notwendigen Abläufe in Krankenanstalten und anderen medizinischen Einrichtungen
- Qualitätssicherung in Struktur und Abläufen der Hygienearbeit
- Personalentwicklung/Fortbildung etc.
- Im Bedarfsfall: Probenentnahmen, Monitoring der Einhaltung von Hygierichtlinien, Beratungstätigkeiten

50 Prozent unserer Hygienefachkräfte gehen binnen drei Jahren in Pension.

Prof. Dr. Ojan Assadian

„Die Hygienefachkraft ist bei allen wichtigen Entscheidungsprozessen mit krankenhaushygienischer Relevanz beizuziehen und anzuhören“, heißt es dazu vonseiten des Kranken- und Kuranstaltengesetzes. Was sich in der Theorie — in diesem Fall aus dem längst fertigen Plan für eine bundesweit für Österreich einheitliche Ausbildungsordnung (Curriculum Krankenhaushygiene/ ÖGKH) — gut anhört, entbehrt allerdings nachhaltig einer Umsetzung.

Gerlinde Angerler: „Mit Beginn der COVID-19-Pandemie standen wir Hygienefachkräfte natürlich sofort im Mittelpunkt. Da ging es nicht nur um die notwendigen Hygienemaßnahmen. Plötzlich waren wir auch Manager für den Einkauf und verantwortlich für die Versorgung mit der notwendigen Ausrüstung. Wir waren ‚mittendrin‘, doch unsere Ressourcen sind nicht mehr geworden.“ Dabei darf nicht vergessen werden: Krankenhaushygiene — besser Hygiene in allen medizinischen Einrichtungen — ist schon ohne eine Pandemie eine ständige Herausforderung. In den vergangenen beiden Jahren haben sich die Schwerpunkte allerdings mehrfach verschoben. Das ÖGKH-Vorstandsmitglied weiter: „Mit Beginn von COVID-19 bzw. dem ersten Lockdown hatten wir es zunächst fast ausschließlich mit COVID-19 zu tun. Doch das ist natürlich

nicht so geblieben. Danach kam die Normalität zurück. Das bedeutet, dass zu allen unseren Aufgaben und Tätigkeiten, die wir vorher erfüllt bzw. gehabt haben, COVID-19 jetzt noch zusätzlich hinzu kam. Es werden nach der Pandemie dieselben Fragen zur Infektionsverhütung und Infektionsbekämpfung gestellt wie vorher — eben zusätzlich zu jenen aus der Pandemie.“ Staphylococcus aureus, Klebsiellen, E. coli, Clostridien-Problematik — es gibt jede Menge an potenziellen Gefahrenmomenten, was die Hygiene in medizinischen Einrichtungen betrifft. Risiken müssen permanent beobachtet und möglichst klein gehalten werden. Im Bedarfsfall hilft nur sachgerechte und entschiedene Reaktion.

Personalengpässe absehbar

Doch jetzt könnte der Weg wieder zurück aus der akuten Pandemie-Problematik führen. Damit stehen — zusätzlich zum wahrscheinlich in irgendeiner endemischen Form des Vorkommens von COVID-19 — wieder alle, nach wie vor bestehenden Herausforderungen für die Hygiene in medizinischen Einrichtungen auf dem Programm. Gerlinde Angerler: „Man nimmt unser Fachgebiet vor allem als ‚Krankenhaushygiene‘ für den stationären Bereich wahr. Doch es geht auch um die Spitalsambulanzen. Immer mehr Eingriffe und Therapien, die ehemals mit einer stationären Aufnahme verbunden waren, werden ambulant durchgeführt.“ Auch dort müssten bei einem immer höheren Patientenaufkommen größtmögliche Sicherheit und alle notwendigen Monitoring- und Präventionsmaßnahmen gewährleistet sein.

Mit einigen hundert Hygienefachkräften (HFK) in Österreich und den zusätzlichen Arbeitsgebieten insgesamt ist die „Szene“ überschaubar. Doch brechen hier die Personalressourcen einer im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten und Berufen kleinen Berufsgruppe zusammen, droht eine Katastrophe: Für die Aufrechterhaltung der hygienischen Voraussetzungen sind die Spezialisten von herausragender Bedeutung, für die Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens strategisch an einer Position, die über Erfolg oder Misserfolg der medizinischen Versorgung der Bevölkerung entscheidet.

Der sprichwörtliche „Hut“ brennt. Assadian: „50 Prozent unserer Kolleginnen und Kollegen in der Krankenhaushygiene gehen in den kommenden drei Jahren in Pension. Aber nur für 15 Prozent gibt es eine Nachfolgeregelung.“ Es sei hoch an der Zeit, jetzt die Weichen für die Zukunft zu stellen. „Sonst gehen Expertise und Personalressourcen verloren.“ Gerlinde Angerler sieht das genauso: „Wenn wir nicht sehr schnell handeln, werden wir das an sich hohe Niveau in Fragen der Hygiene in medizinischen Einrichtungen in Österreich nicht halten können.“ Wissen (Ausbildungsstand), Können (Personalressourcen) und die Bereitschaft der Träger der Institutionen, präventiv in Hygienearbeit zu investieren, müssen einander ausreichend ergänzen können.

Mangel an bundesweiten Standards – Verordnung fehlt

Ein Manko: Weiterhin existieren in Österreich keine bundesweite Verordnung oder Standards, was den Umfang und die Qualität von Präventionsmaßnahmen in den einzelnen Einrichtungen des Gesundheitswesens betrifft. Das ist „Ländersache“. In ganz



Gerlinde Angerler, Vorstandsmitglied der ÖGKH und Leiterin des Hygienekompetenz-zentrums der LABCON medizinische Laboratorien

Österreich geltende Kriterien zur Vermeidung und dem Erkennen nosokomialer Infektionen fehlen. Vergleichbarkeit und Transparenz fehlen somit, und damit die Möglichkeit, auch voneinander lernen zu können. Ein zweiter und weiterhin vorrangiger Punkt sind Stellung und Ausbildung des Hygienepersonals. Die Österreichische Gesellschaft für Krankenhaushygiene hat in den vergangenen Jahren wesentliche Vorleistungen erbracht. So wurde ein eigenes modulhaft aufgebautes „Curriculum Krankenhaushygiene“ für die Spezialisierung von diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Krankenhaushygiene (gemäß GuKG § 70a) gemeinsam mit der GÖG erstellt.

Die Spezialisierung muss auch zu einer berufsrechtlichen Anpassung der Kompetenzen führen.

Gerlinde Angerler

In Österreich werden derzeit über verschiedene Institutionen — etwa ein halbes Dutzend — Ausbildungen angeboten, das Curriculum könnte hier für eine Vereinheitlichung und Ausbildungsklarheit sorgen. Was fehlt? Die entsprechende Verordnung zur Umsetzung der Ausbildung „Spezialisierung Krankenhaushygiene“ durch das Gesundheitsministerium. Assadian: „Das geht jetzt schon seit dem Jahr 2016. Das Schönreden nützt nichts mehr. Wir haben uns immer kooperationsbereit, höflich und verständnisvoll gezeigt. Es hat nichts genützt. Wir bitten Bundesminister Rauch, sich der Ausbildungsverordnung anzunehmen. Sie macht die Spezialisierung nach dem Gesetz erst möglich. Unser vorerster Forderungsbrief ist datiert mit dem 28. März 2022. Wenn wir Glück haben, liegt der Verordnungstext in irgendeiner Lade im Gesundheitsministerium. Wahrscheinlich ist der Text aber nicht einmal geschrieben. So sieht es momentan aus.“ Die Zeit drängt. Auch für die anderen mög-

lichen Spezialisierungen von diplomiertem Krankenpflegepersonal fehlen seit 2016 die entsprechenden Verordnungen. Doch in Sachen der Hygienefachkräfte bedeutet ein weiteres Zögern akute Gefahr. Gerlinde Angerler: „Niemand aus dem Kreis des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals wird sich für eine solche Ausbildung interessieren, wenn es die dafür notwendigen Regelungen nicht gibt.“ Laut Assadian stünden die MedUni Graz, die Donau-Universität Krems und der Wiener Ausbildungscampus Alsergrund parat, um sofort mit der Ausbildung von Hygienefachkräften auf der Basis von Curriculum und Verordnung zu beginnen. Mit der Ausbildung könnte der entsprechende Nachwuchs an Hygienefachkräften herangebildet werden. „Das würde aber auch eine bessere berufliche Stellung der Absolventinnen und Absolventen bedeuten und geht bis hin zu den Gehältern“ sagte das Vorstandsmitglied der ÖGKH. „Wenn man hier Angehörigen des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonals eine zusätzliche Spezialisierung und Aufstiegsmöglichkeiten bietet, könnte man erforderlichen Nachwuchs gewinnen“, so Angerler weiter. Im Endeffekt könnte so auch die berufsrechtliche Stellung der Absolventinnen und Absolventen einer Spezialisierung in Krankenhaushygiene nach dem bundesweiten Curriculum gestärkt und den Erfordernissen in der täglichen Arbeit mit Rücksicht auf erworbenes Spezialwissen und Spezialfähigkeiten angepasst werden. „Ich darf zwar die Arbeiten für Gutachten in der Krankenhaushygiene durchführen, aber in der Ausfertigung brauche ich als ‚Feigenblatt‘ immer sozusagen den Stempel einer Fachärztin oder eines Facharztes für Klinische Mikrobiologie und Hygiene oder einer Ärztin, eines Arztes mit einem österreichischen Ärztekammerdiplom für Krankenhaushygiene“, erklärte Gerlinde Angerler. Hier müssen einer bundesweit einheitlichen Spezialisierung auch dann adäquate Anpassung von Berufsbild, Kompetenzen und Bezahlung folgen. Immerhin sollte der Abschluss Master-Niveau haben. P





PRÄGNANT

ing Discoveries
g the Reach of
ision Medicine



Delivering Disco
Expanding the R
Precision Medic



Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group

Über die Aufgaben, Ziele und Herausforderungen klinischer Studien

Welche **AUSWIRKUNGEN HATTE DIE COVID-19-PANDEMIE DER ZWEI VERGANGENEN JAHRE AUF DIE KREBSFORSCHUNG?** Insbesondere für die Durchführung klinischer Studien stellten die außergewöhnlichen Umstände sowohl die berufliche Belastbarkeit als auch das persönliche Engagement von Forschenden auf die Probe. | von Mag. Beate Krapfenbauer

Die Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group (ABCSG) kann trotz der pandemiebedingten Umstände der vergangenen Monate und Jahre auf bemerkenswerte klinische Forschungsleistungen blicken. Als Österreichs größte und erfolgreichste akademische Studiengruppe kommt ihr über die Grenzen des Landes hinweg in Bezug auf klinische Studien zum Thema Brust-, Darm- und

Michael Gnant repräsentiert als Präsident die gut vernetzte ABCSG im In- und Ausland.

Pankreaskrebs eine wichtige Rolle zu. Die ABCSG plant hierzulande oder eingebettet in einem internationalen Netzwerk wissenschaftliche und translationale Forschungsprojekte und führt sie auch durch. Als rezentes Erfolgsbeispiel kann die ABCSG-16/S.A.L.S.A-Studie mit weltweit praxisrelevantem Resultat genannt werden. Die im New England Journal of Medicine im Juli 2021 publizierte Studie zeigt wie wesentlich eine ständige Verbesse-

rung der diagnostischen, prognostischen, aber auch prädiagnostischen Möglichkeiten, gepaart mit den neuesten Behandlungsoptionen ist, um langfristig eine hohe Lebensqualität für die betroffenen Patientinnen und Patienten aufrecht zu erhalten.

Erfolg durch Daten, Rekrutierung und multidisziplinäres Setting

Die ABCSG prägt die internationale Studienlandschaft gerade bei Brustkrebs immer wieder: Im Fall der international in 21 Ländern mit fast 5.800 Patientinnen durchgeführten ABCSG-42/PALLAS Studie fiel die finale Analyse zwar negativ aus, da die Zugabe von Palbociclib zur endokrinen Therapie keinen Vorteil hinsichtlich der Verbesserung des invasiven krankheitsfreien Überlebens im adjuvanten Setting brachte. Doch ebnet das umfangreiche Datenpool der von Univ.-Prof. Michael Gnant in San Antonio 2021 präsentierten Studie den Weg für viele neue Teilprojekte für die translationale Forschung sowie korrelative Wissenschaft. Bemerkenswerte Rekrutierungsergebnisse lieferte in Pandemiezeiten die ABCSG-52 /ATHENE-Studie, die neoadjuvante Atezolizumab untersucht. Die Pandemie beeinträchtigte viele Studien, insbesondere in

Bezug auf die Patientenrekrutierung in einem empfindlichen Ausmaß. Doch dieses besondere ABCSG-Projekt konnte seine Rekrutierungsphase dennoch zügig abgeschlossen. Die erste Patientin wurde im Juli 2020 in Salzburg randomisiert und die Einbringung konnte wie geplant (!) Ende 2021 abgeschlossen werden. Multidisziplinarität ist ebenfalls ein wesentlicher Schlüssel für den weltweiten Erfolg der ABCSG und hat wesentlich dazu beigetragen, die Heilungschancen und das Überleben der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Chirurginnen und Chirurgen, internistische Onkologinnen und Onkologen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Radiotherapeutinnen und Radiotherapeuten, Histopathologinnen und Histopathologen, Radiologinnen und Radiologen und bei Bedarf auch Ärztinnen und Ärzten anderer Fächer bzw. Grundlagenforscherinnen und -forscher stellen sich gemeinsam der Aufgabe, neue Antworten auf wichtige diagnostische und therapeutische Fragen zu verschiedenen Krebserkrankungen zu finden. Den Erfolg wesentlich mitgetragen haben die Study Teams, das Team der ABCSG-Studienzentrale, die den operativen und logistischen Aufwand leistet und auf dem höchsten Qualitätslevel die Prozesse der Studiendurchführung überwacht. Vor allem gilt Dank und Anerkennung aber insbesondere jenen, die sich in den vergangenen Pandemie-Monaten mit großem Engagement für die onkologischen Patientinnen und Patienten eingesetzt haben, Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonen und anderen Berufsgruppen. Nicht zu vergessen sind auch die unglaublichen Leistungen all jener in vielen (Gesundheits-)Berufsgruppen, die aufopfernd und oftmals an der Leistungsgrenze COVID-19-Patientinnen und -Patienten betreut haben und damit nicht zuletzt auch die onkologische Versorgung überhaupt ermöglicht haben!

Task Forces zeigen sich stark und zukunftsfit

Seit vielen Jahren bilden Untersuchungen zu Brust- und Darmkrebs den Schwerpunkt der ABCSG. Aufgrund des hohen Medical Needs führt die ABCSG seit 2013 auch Studien zum Pankreaskarzinom durch. Um Aktivitäten zu bündeln und um zusätzliche Synergien zu erzeugen, gibt es zusätzlich kleinere Arbeitsgruppen („Task Forces“) in verschiedenen Fach- und Organisationsbereichen. So widmet sich, neben der ABCSG Colorectal Branch, deren Leitung im vergangenen Jahr Lukas Weiss aus Salzburg als Nachfolger von Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Thaler übernommen hat, die Task Force FutureNow dem Ziel, den jüngeren Ärztinnen und Ärzten, Assistenzärztinnen und Assistenzärzten sowie Forscherinnen und Forschern eine Plattform zu geben. Die bis dato von PD Dr. Michael Knauer erfolgreich geführte Task Force Chirurgie erhielt mit Dr. Stephanie Kacerovsky-Strobl eine neue junge Leiterin. Als medizinisch-wissenschaftliche Organisation nimmt für die ABCSG verantwortliches Handeln nicht nur im klinischen Alltag oberste Priorität ein, weshalb 2020 und 2021 die Fortbildungsformate und -events wie die traditionellen Jahrestagungen ausschließlich in digitalen Sphären durchgeführt wurden. So wurde auch im März 2021 das erste Task Force FutureNow Fortbildungsformat „ABCSG in touch goes digital“ ins Leben gerufen, das sich der generationenübergreifenden Wissensvermittlung und dem Networking für den medizinischen und akademischen Nachwuchs widmet. Bald folgte auf das erste Treffen im November 2021 ein weiteres.

Digitalisierungs- und Publikationsoffensive

Pandemiebedingt fand in den vergangenen zweieinhalb Jahren eine Digitalisierungsoffensive in den Bereichen Kommunikation

und Fortbildung statt, welche auch weiterhin durch Podcasts, E-Learnings, Social Media und weitere digitale Formate vorangetrieben wird. Zudem wurden im Jahr 2021 15 Publikationen in diversen hochrangigen medizinischen Fachzeitschriften zu Forschungsergebnissen von ABCSG-Mitgliedern publiziert. So rangierte Univ.-Prof. Dr. Michael Gnant 2021 wie drei Jahre zuvor bereits zum zweiten Mal unter den Citation-Laureates der „Most Highly Cited Researchers 2021“ im Fachgebiet „Cross-Field“. Neben den akademischen Publikationen rezenter klinischer und translationaler Studien fungiert die ABCSG zudem als Herausgeber des Fachmagazins krebs:hilfe!

Zukunftsperspektive

Die ABCSG kann 2022 auf ein erfolgreiches Fundament aufbauen. Es wurde im vergangenen Jahr bereits eine sehr gute Grundlage für die verschiedenen bevorstehenden ABCSG-Studienstarts in diesem Jahr gelegt. Weiters werden die Bildungs- und Fortbildungsdienste für Gesundheits- und Pflegepersonen sowie für Patientinnen und Patienten verbessert und deutlich erweitert. Gerade auch sie sind ständig darum bemüht, sich in Bezug auf Einsatzfähigkeit, wissenschaftliche Exzellenz und globale interdisziplinäre Zusammenarbeit weiterzubilden. Primäres Ziel der ABCSG bleibt es weiterhin, die Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung österreichweit, aber auch international zu vereinheitlichen und den Patientinnen und Patienten die bestmögliche, neueste Therapie zukommen zu lassen. P

Prof. Dr. Michael Gnant ist Präsident der 1984 gegründeten Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group.

Weitere Informationen finden Sie auf der Webseite: www.abcsbg.org





Niederösterreich



Pflegeausbildung in Niederösterreich. Heute für morgen, genau jetzt:

Hier kommt das neue **BLAU-GELBE-Pflegepaket** des Landes NÖ.

- ✓ Prämiensystem i.H. von **420 Euro monatlich** für Pflegeausbildung
- ✓ **Übernahme der FH-Studiengebühren** im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege
- ✓ **Übernahme der Schulgelder** für die Ausbildung in Pflegeberufen

Alle Infos und Bedingungen unter:

Gesellschaft für Forschungsförderung NÖ: gff-noe.at

Karriere-Center der NÖ Landesgesundheitsagentur: karriere.noe-lga.at

